اطلاعات شاخصهای برنامه ملی خودمراقبتی

مرکز سلامت جامعه ................. ماه ........ سال .....

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| شاخص | نام خانه بهداشتفرمول | خانه بهداشت... | خانه بهداشت... | خانه بهداشت... | خانه بهداشت... |  |  |  | جمع کل مرکز |
| **مدارس حامی سلامت** | **تعداد مدارس دارای شورای ارتقای سلامت****تعداد کل مدارس** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سازمانهای دولتی حامی سلامت** | **تعداد سازمان های دولتی دارای شورای ارتقای سلامت****تعداد کل سازمان های دولتی** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **سازمانهای غیر دولتی حامی سلامت** | **تعداد سازمان های غیر دولتی دارای شورای ارتقای سلامت****تعداد کل سازمان های غیر دولتی** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پوشش برنامه خودمراقبتی سازمانی (جمع سه شاخص فوق)** | **تعداد مدارس، سازمانهای دولتی و غیر دولتی دارای شورای ارتقای سلامت****تعدادکل مدارس، سازمانهای دولتی و غیر دولتی** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پوشش برنامه خودمراقبتی اجتماعی** | **تعداد شوراهای شهری/ روستایی حامی سلامت****تعداد کل شوراهای شهری/ روستایی و شورایاری** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پوشش برنامه خودیاری** | **تعداد افراد عضو گروه های خودیار****تعداد کل خانوارهای تحت پوشش** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پوشش برنامه خودمراقبتی فردی** | **تعداد خانوارهای تحت پوشش سفیران سلامت****تعداد کل خانوارهای تحت پوشش** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد سفیر سلامت آموزش دیده (یا در حال آموزش)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد سفیر سلامت دانش آموز** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد جمعیت دانش آموزان** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**همکاران گرامی لطفا اطلاعات را طبق فرمول وارد نمایید یعنی اگر فعالیتی انجام نشده عدد صفر در صورت کسر و عدد مورد انتظار در مخرج کسر درج شود**

**تشکیل شوراهای ارتقای سلامت و تدوین برنامه عملیاتی مبتنی بر سلامت از مستندات برنامه های خودمراقبتی سازمانی و اجتماعی میباشد**

**( صورت جلسه تشکیل شورای ارتقای سلامت و یک نسخه از برنامه عملیاتی در واحد بهداشتی موجود باشد)**

**ضمنا آمار به صورت تزایدی از سال قبل اعلام میگردد.**

**نام و امضای تکمیل کننده ....................... تاریخ ..............**