****

**مرکز بهداشتی درمانی** ........................... شهرستان ...............

**آمار مصرف و درخواست اقلام مورد نیاز کلینیک مادر و کودک**

**فرم شماره سه
صفحه: 1 از 1 تاریخ :**....................

**معاونت امور بهداشتی
واحد امور دارویی**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سال** .................  | **آمار مصرف فصل** ...........................  | **درخواست فصل** ......................... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **كد محلی** | **شرح** | **موجودي ابتدای فصل گذشته** | **دريافتيطی فصل گذشته** | **موجودی پایان فصل گذشته  (Z)** | **تاريخ انقضاء****(ماه / سال)** | **آمار مصرفدر فصل گذشته(X)** | **30 % مصرفدر فصل گذشته(Y)** | **درخواست [(X + Y) – Z]** | **تأییدامور‌دارویی** |
| **1** | **2068** | **قطره استامینوفن** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **2** | **2006** | **قرص یدو فولیک اسید** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **3** | **2233** | **قرص اسید فولیک** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **2008** | **قرص فروس سولفات** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **5** | **2019** | **کپسول مولتی ویتامین مینرال** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **6** | **2070** | **قطره مولتی ویتامین** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **7** | **2071** | **قطره ویتامین A+D** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **8** | **2072** | **قطره فروس سولفات** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **9** | **2226** | **قرص کلسیم کربنات یا کلسیم د** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **10** | **2224** | **پرل ویتامین D3 5000 هزار واحد** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **11** | **2225** | **پرل ویتامین D3 1000 واحد** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **12** | **2223** | **قرص مولتی ویتامین** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **13** | **2084** | **سرم شستشو نیم لیتر** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **14** | **2085** | **سرم شستشو یک لیتر** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **15** | **2091** | **سرنگ 2 سی سی** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **16** | **2150** | **الکل 96 درجه 900 میلی لیتر** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **17** | **2153** | **محلول پویدون آیودان 250 میلی‌لیتر** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **18** | **2155** | **پنبه 100 گرمی** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **19** | **2190** | **گاز استریل (یک عددی)** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **20** | **2171** | **دستکش استریل** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **21** | **2173** | **دستکش یکبار مصرف** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **22** | **2179** | **ژل سونیکت** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **26** |  |  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آمار جمعیت** | **جمعیت تحت پوشش** | **کودکان بدو تولد تا یک سال** | **کودکان 1 تا 2 سال** | **زنان باردار** | **میانسالان** | **سالمندان** |
|  |  |  |  | **مرد:** ........... **زن:** ............. | **مرد:** ............ **زن:** ............. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تأیید مرکز** | **نام و نام خانوادگی تنظیم کننده:** .....................**مهر و امضاء** | **نام و نام خانوادگی مسئول مرکز:** ...............**مهر و امضاء** |
| **تأیید معاونت** | **نام و نام خانوادگی کارشناس امور دارویی معاونت:** .....................**مهر و امضاء** | **نام و نام خانوادگی مسئول امور دارویی معاونت:** .....................**مهر و امضاء** |