****

**فرم شماره یک
صفحه: 1 از 2 تاریخ :**....................

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

**آمار مصرف و درخواست اقلام مورد نیاز خانه بهداشت** .................

**معاونت امور بهداشتی
واحد امور دارویی**

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

|  |
| --- |
| **داروهای لازم جهت درمان بیماریهای وابسته به فصل (درخواست بر اساس آمار مصرف فصل مشابه پارسال)** |
| **رديف** | **شرح** | **موجودي ابتدای فصل گذشته** | **دريافتي طی فصل گذشته** | **موجودی پایان فصل گذشته(C)** | **تاريخ انقضاء****(ماه / سال)** | **آمار مصرف دارو در فصل گذشته** | **آمار مصرف دارو در فصل مشابه پارسال (A)** | **30 % مصرف دارو در فصل مشابه پارسال (B)** | **درخواست[(A + B) – C]** | **تأیید مرکز** |
| **1** | **قرص استامینوفن 325 میلی گرم** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **2** | **قرص آلومنیوم ام جی یا ام جی اس** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **3** | **قرص آ.اس.آ 325 میلی گرم** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **4** | **قرص مبندازول** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **5** | **قرص پنی سیلین وی**  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **6** | **قرص کلر فنیرامین** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **7** | **شربت استامینوفن** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **8** | **سوسپانسیون آموکسی سیلین 125** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **9** | **سوسپانسیون آموکسی سیلین 250** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **10** | **سوسپانسیون کوآموکسی کلاو** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **11** | **سوسپانسیون پنی سیلین وی** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **12** | **شربت دیفن هیدرامین** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **13** | **شربت پی پرازین** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **14** | **شربت زینک سولفات** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **15** | **پماد جلدی سوختگی** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **16** | **پماد جلدی کالاندولا** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **17** | **پماد جلدی متیل یا منتول سالیسیلات**  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **18** | **پماد جلدی تتراسیکلین 3%** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **19** | **پماد چشمی تتراسیکلین 1%** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **20** | **کرم یا لوسیون کالامین دی** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **21** | **کرم نیتروفورازون** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **22** | **قطره چشمی سولفاستامید 10%** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **23** | **قطره استامینوفن** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **24** | **قطره نیستاتین** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **25** | **قطره بینی سدیم کلراید**  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **26** | **شیاف استامینوفن اطفال** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **27** | **پودر ORS** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **28** | **آمپول دیازپام**  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **29** | **اسپری سالبوتامول** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **30** | **لوسیون دایمتیکون** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **31** | **شامپو پرمترین 1%** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **32** | **کرم پرمترین 5%** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |  |
| **اقلام مکمل دارویی ،شیر خشک و تجهیزات پزشکی مصرفی (درخواست بر اساس آمار مصرف فصل گذشته) صفحه: 2 از 2** |
| **رديف** | **شرح** | **موجودي ابتدای فصل گذشته** | **دريافتي طی 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]** | **تأیید مرکز** |
| **33** | **قرص اسید فولیک** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **34** | **قرص یدوفولیک** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **35** | **قرص فروس سولفات** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **36** | **کپسول مولتی ویتامین مینرال** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **37** | **قطره مولتی ویتامین** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **38** | **قطره ویتامین A+D** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **39** | **قطره فروس سولفات** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **40** | **قرص کلسیم کربنات یا کلسیم - د** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **41** | **پرل ویتامین D3 50هزار واحد** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **42** | **پرل ویتامین D3 1000 واحد** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **43** | **قرص مولتی ویتامین** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **44** | **شیر خشک** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **45** | **سرم شستشو نیم یا لیتر** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **46** | **سرنگ 2 سی سی** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **47** | **سرنگ 5 سی سی** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **48** | **الکل 70 درجه لیتر** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **49** | **محلول ستریماید سی 250 میلی لیتر** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **50** | **محلول پویدون آیودان 250 میلی لیتر** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **51** | **پنبه 100 گرمی** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **52** | **گاز غیر استریل (نیم کیلویی)** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **53** | **گاز استریل (یک عددی)** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **54** | **باند ( 5، 10، 15 یا 20)** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **55** | **چسب لکوپلاست (5/2 یا 5)**  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **56** | **چسب ضد حساسیت (5/2 یا 5)** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **57** | **دستکش لاتکس (7، 5/7 یا 8)** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **58** | **ژل سونیکت** |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **59** |  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **60** |  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **61** |  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **62** |  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **63** |  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |
| **64** |  |  |  |  | 0000/00 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آمار جمعیت** | **کل جمعیت تحت پوشش** | **کودکان بدو تولد تا 1 سال** | **کودکان 1 تا 2 سال** | **زنان باردار** | **میانسالان** | **سالمندان** |
|  |  |  |  | **مرد:** ............ **زن:** ............. | **مرد:**.......... **زن:** ........... |
| **آمار کودکان استفاده‌کننده از شیرخشک** | **سن کودک** | **بدو تولد تا 6 ماه** |  **6 تا 9 ماه** | **9 تا 12 ماه** |
| **تعداد بر اساس نوع مصرف** | **کامل:** ............... **کمکی:** .............. | **کامل:** ............... **کمکی:** .............. | **کامل:** ............... **کمکی:** .............. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی بهورز خانه بهداشت:** .....................**تاریخ، مهر و امضاء** | **نام و نام خانوادگی مامای مرکز:** .....................**تاریخ، مهر و امضاء** | **نام و نام خانوادگی مسئول مرکز:** .....................**تاریخ، مهر و امضاء** |