

مرکز / شبکه :

معاونت امور بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی

شهید بهشتی

کد فرم ۱۰۳-۰۱-۰۶

تاریخ تکمیل: / /

فصل:

فرم نتایج بررسی فرم گزارش خدمات بهداشت دهان و دندان

نام واحد:

دوره ارسال فرم: سه ماهانه

نوع واحد: ستاد

آمار میانگین سه ماهانه ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان به ازای هر دندانپزشک
در مراکز / شبکه های بهداشت و درمان تابعه

مورد انتظار	معاونت	شمال غرب	رباط کریم	شهر قدس	شهریار	ملارد	غرب	فیروزکوه	دماوند	ورمین	پاکدشت	شمیرانات	سرق	شمال	
															تعداد دندانپزشکان
															میانگین معاینه زیر ۱۲ سال
															میانگین ترمیمی و پالپاتومی
															میانگین فیشورسیلنت کودکان زیر ۱۲ سال
															میانگین فلوراید تراپی کودکان زیر ۱۲ سال
															میانگین کشیدن
															میانگین جرمگیری
															میانگین مراجعه کننده

نام و سمت تکمیل کننده :

امضاء :

نام و امضاء کارشناس مسئول :

معاونت امور بهداشتی

کد فرم ۰۷-۰۱-۱۰۳

تاریخ تکمیل: / /

فصل:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی

شهید بهشتی

مرکز / شبکه

فرم نتایج بررسی فرم گزارش خدمات بهداشت دهان و دندان

دوره ارسال فرم: سه ماهانه

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

مرکز بهداشتی درمانی شهری نوع واحد:

..... شغل همکار محترم

در ذیل میزان ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان توسط جنابعالی در مقطع سه ماهانه مربوطه و وضعیت سایر مراکز جهت اطلاع اعلام می گردد.
ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان توسط دندانپزشک مرکز / حداقل و حداکثر خدمات در مرکز بهداشت (سه ماهانه)

مرکز بهداشت	تعداد ارائه خدمت (مرکز بهداشتی)	خدمات	مرکز بهداشت		تعداد ارائه خدمت (مرکز بهداشتی)	خدمات
			حداکثر	حداقل		
		کشیدن				ترمیمی و پالپاتومی
		معاینه گروه هدف زیر ۱۲ سال				فیشور سیلنت کودکان زیر ۱۲ سال
		جرمگیری				فلوراید تراپی کودکان زیر ۱۲ سال
						مراجعه کننده

آمار میانگین سه ماهانه ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان به ازای هر دندانپزشک

مورد انتظار	معاونت	شمال غرب	رباط کریم	شهر قدس	شهریار	ملارد	غرب	فیروزکوه	دماوند	ورامین	پاکدشت	شمیرانات	سرف	شمال	
															تعداد دندانپزشکان
															میانگین معاینه زیر ۱۲ سال
															میانگین ترمیمی و پالپاتومی
															میانگین فیشور سیلنت کودکان زیر ۱۲ سال
															میانگین فلوراید تراپی کودکان زیر ۱۲ سال
															میانگین کشیدن
															میانگین جرمگیری
															میانگین مراجعه کننده

نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه:

امضاء:

نام و سمت تکمیل کننده: