

معاونت امور بهداشتی

مرکز / شبکه : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی / شهید بهشتی

کد فرم : ۱۰۳-۰۱-۰۱

نام واحد : فرم گزارش خدمات بهداشت دهان و دندان

تاریخ تکمیل : / / ماه :

دوره تکمیل فرم : ماهیانه

نوع واحد : مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی

روز فعال	جمع	سایرین	زنان باردار	۶ تا ۱۲ سال	زیر ۶ سال	گروه سنی		خدمات بهداشتی درمانی
						مرکز	مدرسه	
								معاینه
								آموزش بهداشت
								فلوراید تراپی
								فیثور سیلانت
								پالپوتومی
								جرمگیری و بروساژ
								آمالگام
								کامپوزیت
								کلاس آینومر
								جمع کل ترمیمی
								درمان پالپ زنده
								کشیدن
								تعداد مراجعین
								ارجاع از خانه بهداشت / پایگاه بهداشت
								ارجاع از مهدکودک / دبستان

تعداد جمعیت تحت پوشش

تعداد کودکان زیر ۶ سال تعداد کودکان ۶ تا ۱۲ سال

تعداد زنان باردار تعداد سایرین

تعداد پایگاه بهداشت تعداد دفعات نظارت دندانپزشک بر خانه بهداشت

تعداد پایگاه بهداشت تعداد دفعات نظارت دندانپزشک بر پایگاه بهداشت

دفعات نظارت کارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت / شبکه

دفعات نظارت کارشناس بهداشت دهان و دندان معاونت

علل افزایش یا کاهش براساس حداقل انتظارات تعیین شده

نام و سمت تکمیل کننده : امضاء : نام و امضاء مسئول مرکز :

کد فرم : ۱۰۳-۰۱-۰۲ / / تاریخ تکمیل : / /
 معاونت امور بهداشتی / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی / شهید بهشتی
 فرم گزارش خدمات بهداشت دهان و دندان / دوره تکمیل فرم : سه ماهه
 نام واحد :
 نوع واحد : مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت پایگاه بهداشت ستاد

سایرین	زنان باردار	کودکان ۶ تا ۱۲ سال	کودکان زیر ۶ سال	گروه سنی
				خدمات
				مراقبت شده
				ارجاع شده

تعداد جمعیت تحت پوشش
 تعداد کودکان زیر ۶ سال تعداد کودکان ۶ تا ۱۲ سال تعداد زنان باردار
 تعداد سایرین

نام و سمت تکمیل کننده : / امضاء : / نام و امضاء مسئول مرکز :