



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی خراسان رضوی
مرکز بهداشت استان

فرآیند جدید جمع آوری آمار در نظام شبکه بهداشت و درمان مربوط به حوزه معاونت بهداشتی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست مطالب

عنوان
صفحه

1- مقدمه	1
2- معرفی	2
3- فلوچارت فرآیند جمع آوری آمار معاونت بهداشتی	3-6
4- چرخه فرآیند جمع آوری آمارهای معاونت بهداشتی	7-8
5- فرم ها	9-36

مقدمه :

یکی از منابع ارزشمند در هر سازمان داده های آماری می باشد . امروزه اطلاعات و آمار به عنوان کلیدی ترین ابزار مدیریت و برنامه ریزی به شمار میرود . بی تردید عدم برخورداری از اطلاعات جامع و صحیح موجب تصمیم گیری های نادرست و ناکارآمد خواهد شد . با دریافت به موقع اطلاعات مناسب و پردازش آنها می توان در حل مشکلات و مسائل ، مناسب ترین روش را با کمترین خطا تشخیص داد و به کار بست . بدیهی است اولین قدم در راستای پردازش ، تجزیه و تحلیل آماری دریافت به موقع داده های دقیق آماری از سطوح مختلف می باشد .

معاونت بهداشتی استان خراسان رضوی دارای 20 شهرستان تحت پوشش و 23 مرکز بهداشت شهرستان و جمعیتی حدود پنج میلیون و پانصد هزار نفر و 155 مرکز بهداشتی درمانی شهری و 155 مرکز بهداشتی درمانی روستایی ، 1185 خانه بهداشت ، 207 پایگاه بهداشت و 18 تسهیلات زایمانی می باشد که مسئولیت آنها حفظ و ارتقاء سطح سلامت مردم است . معاونین بهداشتی و سرپرستان مراکز بهداشت شهرستانها و مسئولین واحدهای ستادی بایستی به عنوان مدیران سلامت نسبت به اهمیت جمع آوری صحیح و به موقع داده های آماری حساسیت و آگاهی لازم را داشته باشند .

در حوزه معاونت بهداشتی آمار و اطلاعات بایستی از محیطی ترین قسمتها یعنی خانه های بهداشت جمع آوری و پس از گذر از چرخه فرآیند جمع آوری آمار به بالاترین سطوح (ستاد استان) ارسال گردد . با عنایت به وجود مشکلاتی نظیر بی نظمی در تهیه و تحویل فرمهای آماری از سوی شهرستانها ، عدم وجود دقت کافی در بررسی و صحت و سقم داده ها ، عدم استخراج به موقع شاخصها و ... برآن شدیم تا چرخه فرآیند جمع آوری آمار در حوزه معاونت بهداشتی را مورد بررسی و اصلاح قرار دهیم.

به همین دلیل چرخه فرآیند جمع آوری آمار پیشنهادی در اختیار مرکز بهداشت شهرستانها قرار گرفت و موجب استقبال همکاران محترم گردید . آنچه اینک پیش روی شماست حاصل پیشنهادات همکاران محترم می باشد که اصلاحات پیشنهادی در آن صورت گرفته است .

امید است با اجرای فرآیند جدید جمع آوری اطلاعات و آمار با همکاری همکاران محترم شاهد تحولی در استفاده بهینه از اطلاعات و آمار باشیم .

معرفی

ماموریت: اصلاح فرآیند چرخه جمع آوری آمار در حوزه معاونت بهداشتی

اهداف:

هدف کلی: ارتقاء کیفیت جمع آوری آمار به منظور تجزیه و تحلیل داده های آماری ، استخراج شاخصها و برنامه ریزی صحیح در

راستای ارتقاء سطح سلامت مردم

اهداف اختصاصی:

- 1 -تهیه و تحویل فرمهای آماری در زمان های مشخص شده در چرخه جدید فرآیند به میزان 100٪ تا پایان سال 1388
- 2 -افزایش دقت کارکنان در ثبت داده های آماری (صحت و سقم داده های آماری) تا میزان 100٪ تا پایان سال 1388
- 3 -بهبود وضعیت عملکرد کارکنان نظام سلامت در استحصال داده های آماری تا پایان سال 1388
- 4 -ارتقاء کیفیت تجزیه و تحلیل داده های آماری به میزان 100٪ از طریق برگزاری کمیته های تجزیه و تحلیل آمار تا پایان سال 1388
- 5 -به هنگام و به هنجار سازی استخراج شاخص ها تا پایان سال 1388
- 6 -تشکیل زمینه بانک اطلاعاتی به میزان 30٪ در مراکز شهرستان و حوزه معاونت بهداشتی جهت دسترسی سریع و آسان به اطلاعات و

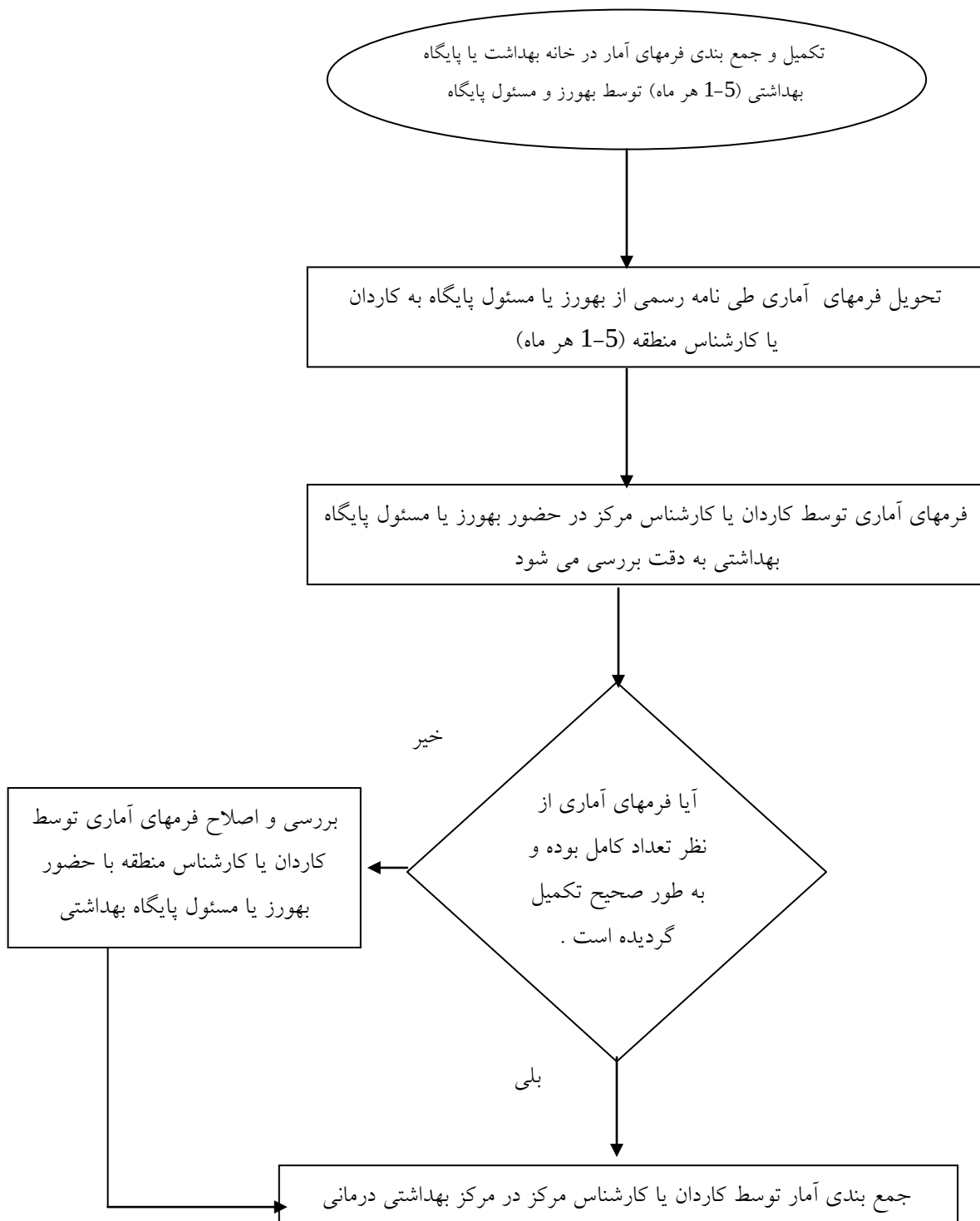
شاخصها تا پایان سال 1388

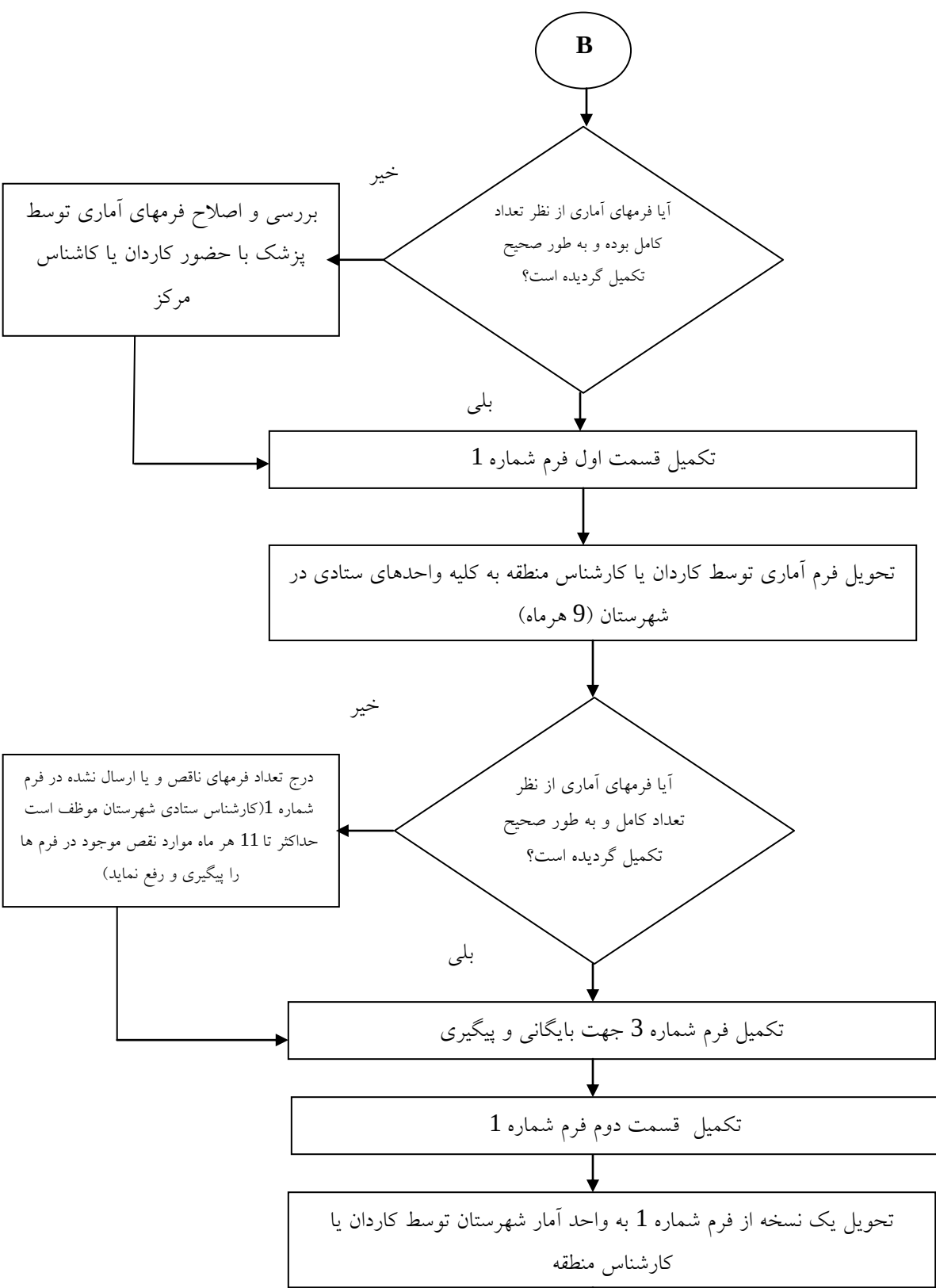
امید است با اجرای دقیق فرآیند جمع آوری آمار در حوزه معاونت بهداشتی دسترسی به اهداف فوق میسر گردیده که بدون شک تحقق این امر نیازمند تلاش و همت کلیه کارکنان نظام بهداشتی می باشد .

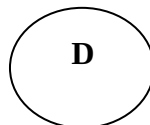
ضمناً از همکاری معاونین بهداشتی شهرستانها و همکارانشان و آقایان دکتر احتشام فر ، دکتر رضایی ، دکتر قضاوی و خانم خسروی

تشکر می گردد

فلوچارت فرآیند جمع آوری آمار ماهیانه در معاونت بهداشتی







بررسی کلیه آمارهای رسیده از واحدهای مختلف توسط کارشناس واحد آمار
شهرستان

تأیید آمار جمع بندی شده توسط سرپرست مرکز بهداشت شهرستان با پیگیری
واحد آمار و تکمیل قسمت اول فرم شماره 2

تهیه کپی از کلیه فرمهای آماری جهت بایگانی اطلاعات برای استفاده در بانک
اطلاعاتی مرکز بهداشت شهرستان توسط کارشناس آمار شهرستان

تحويل فرم های آماری به واحدهای ستادی استان توسط کارشناس آمار
شهرستان (15-17)

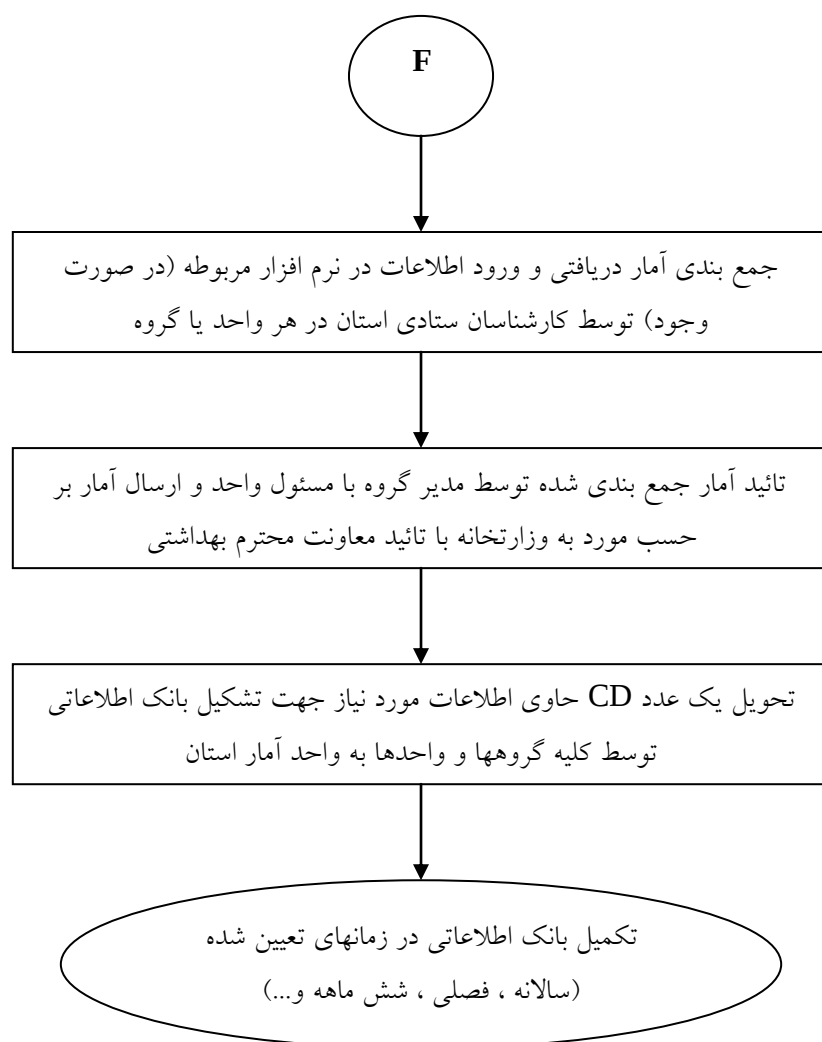
بررسی فرمهای آماری از نظر تعداد و تکمیل بودن توسط کارشناس زیربط

خیر

درج موارد نقص در فرم شماره 2 و
پیگیری در موعد مقرر

بلی

تکمیل فرم شماره 4 جهت بایگانی و



چرخه فرآیند جمع آوری آمار ماهیانه معاونت بهداشتی

محل فرآیند	روز	مسئول اجرا	حدود انتظارات
خانه بهداشت / پایگاه بهداشت	1-5	بهورز ، مسئول پایگاه بهداشتی	1- بهورز/مسئول پایگاه بهداشتی آمار را جمع آوری و تکمیل می نماید 2- کلیه امارها جمع آوری شده طی نامه رسمی و ثبت شده تحویل کاردان یا کارشناس مراکز بهداشتی درمانی میدهد
مرکز بهداشتی درمانی	6-9	کاردان یا کارشناس مرکز و پزشک مرکز	1- کاردان یا کارشناس : به خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی مراجعه می نماید 2- فرمهای آماری را در حضور بهورز / مسئول پایگاه بهداشتی به دقت بررسی می نماید 3- فرمهای آماری را طی نامه رسمی دریافت می نماید 4- آمار دریافتی ماهانه را در مرکز بهداشتی درمانی جمع بندی می نماید 5- پزشک مرکز بهداشتی درمانی آمار را به دقت بررسی و تائید و طی فرم شماره 1 به کاردان یا کارشناس جهت تحویل به مرکز بهداشت شهرستان تحویل می دهد
ستاد شهرستان	9-15	کاردان یا کارشناس مرکز و کارشناسین ستادی شهرستان و سرپرست مرکز بهداشت شهرستان	1- کاردان یا کارشناس مرکز به کلیه واحدهای ستادی در شهرستان بر حسب مورد مراجعه و آمار را طی فرم شماره 1 تحویل کارشناس مسئول واحد مربوطه می دهد و قسمت دوم فرم شماره 1 را تکمیل می نماید. 2- پس از تحویل کیله فرمها به واحدهای مربوطه فرم شماره یک را جهت پیگیریهای بعدی به واحد آمار شهرستان تحویل می نماید 3- کارشناسین ستادی شهرستان در هر واحد آمار دریافتی را با دقت از نظر کامل بودن فرمهای آماری و صحت داده ها بررسی می نمایند و فرم شماره 3 را تکمیل می نمایند 4- کارشناسین ستادی هر واحد در شهرستان آمار ماهانه دریافتی از مراکز مختلف را جمع بندی می نمایند 5- آمار جمع بندی شده را به واحد آمار تحویل می دهند 6- کارشناس آمار شهرستان کلیه آمار رسیده از واحدهای مختلف را بررسی نموده و قسمت اول فرم شماره 2 را تکمیل می نماید 7- آمار جمع بندی شده توسط سرپرست مرکز بهداشت شهرستان بررسی و سپس قسمت اول فرم شماره 2 را تکمیل می نماید 8- کارشناس آمار شهرستان از کلیه فرمهای آماری یک سری کپی جهت بایگانی اطلاعات تهیه می نماید
ستاد استان	15-17	کارشناس آمار شهرستان	1- به کلیه واحدها و گروههای ستادی در استان بر حسب مورد مراجعه و فرمهای

آماري مربوطه را به کارشناس ذيربط تحويل مي نمايد و فرم شماره دو را تکميل مي نمايد	کارشناسايين ستادي استان		
2-کارشناس شهرستان يک نسخه از فرم شماره 2 را به واحد آمار استان تحويل مي دهد			
4- کارشناس آمار استان آمار دريافتي از شهرستان را از نظر کامل بودن فرمهاي آماري و صحت داده ها بررسي نموده و فرم شماره 4 را تکميل مي نمايد .			

چرخه فرآيند جمع آوري آمار ماهيانه معاونت بهداشتي

محل فرآيند	روز	مسئول اجرا	حدود انتظارات
ستاد استان	17-24	کارشناسايين ستادي استان	1- کارشناسايين ستادي هر گروه امارهاي دريافتي را از شهرستان هاي مختلف جمع بندي مي نمايد 2-نسبت به ورود اطلاعات در نرم افزار مربوطه برحسب مورد اقدام مي نمايد 3-برحسب مورد آمار را به وزارتخانه وادارات کل مربوطه ارسال مي نمايد . 4-واحدها و گروههاي ستادي استان اطلاعات جمع بندي شده را براساس دوره هاي زماني مقرر (ماهانه ، فصلي ، 6 ماهه و سالانه) در اختيار واحد آمار استان مي گذارند
ستاد استان	24 لغايت پايان ماه	کارشناسايين واحد آمار استان	1-آمار ماهيانه را در قالب CD از کليه گروهها و واحدها دريافت نمايد 2-پيگيري تجزيه و تحليل و يا تفسير داده ها توسط واحدها و گروهها در زمان هاي مشخص و طرح آن در کميته تجزيه و تحليل آماري 3-بطور منظم جلسات کميته تجزيه و تحليل آمار را به صورت سه ماهه برگزار نمايد و پس از تنظيم صورتهجلسات را به ساير گروهها و واحدها جهت انجام مداخلات صحيح و تصميم گيريهاي مناسب ارسال نمايد 4-مصوبات جلسات کميته تجزيه و تحليل امار را مورد پيگيري تا حصول نتيجه قرار دهد 5-نسبت به تشکيل بانک اطلاعاتي در حوزه معاونت بهداشتي اقدام نمايد 6-نسبت به تکميل بانک اطلاعاتي در زمانهاي مناسب اقدام نمايد

8-در صورت لزوم آمار و شاخصهای مورد نیاز سایر بخشهای توسعه را از بانک اطلاعات استخراج و پس از تأیید معاونت بهداشتی ارسال نماید .			
---	--	--	--

فرم ها

فرم شماره 1 (فرم آمار ماهیانه) : از این فرم برای ارسال فرمهای آماری مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به مرکز بهداشت شهرستان استفاده می شود زمان ارسال این فرم حداکثر تا نهم هر ماه می باشد .

فرم شماره 2 (فرم آمار ماهیانه) : از این فرم برای ارسال فرمهای آماری از مراکز بهداشت شهرستان به مرکز بهداشت استان استفاده می شود. زمان ارسال این فرم حداکثر تا پانزدهم هر ماه می باشد .

فرم شماره 3 : چک لیست تحویل آمار از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به واحدهای مختلف ستاد شهرستان می باشد که برای هر واحد جداگانه و با توجه به فرمهای موجود طراحی گردیده است .

فرم شماره 4 : چک لیست تحویل آمار از ستاد شهرستان به گروهها و واحدهای مختلف مرکز بهداشت استان که برای هر گروه یا واحد جداگانه و با توجه به فرم های موجود طراحی گردیده است .

فرم شماره 1: فرم آمار ماهیانه

شماره :

تاریخ :

از : مرکز بهداشتی درمانی

به : مرکز بهداشت شهرستان

احتراماً به پیوست تعداد برگ فرمهای آماری مربوط به ماه سال جهت استحضار ارسال می گردد .

مسئول مرکز بهداشتی درمانی

امضاء

* امضای مسئول مرکز بهداشتی درمانی به منزله تائید داده های آماری است .

ردیف	نام واحد	تعداد فرمهای تحویل شده (قسمت اول)	تعداد فرمهای ناقص یا کسری (با ذکر نام فرم) (قسمت دوم)	نام فرد تحویل گیرنده و امضاء
1	بیماریها			
2	بهداشت محیط و حرفه ای			
3	سلامت خانواده			
4	سلامت روانی و اجتماعی			
5	توسعه شبکه و ارتقاء سلامت			
6	بهداشت دهان و دندان			
7	ارتباطات و آموزش سلامت			
8	بهبود تغذیه			

9	آمار و خدمات ماشینی		
10	امور دارو		
11	سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس		
12	امور آزمایشگاهها		
نام فرد تحویل دهنده و امضاء		تاریخ تحویل فرمهای آماری	

* توجه : کاردان یا کارشناس منطقه موظف است حداکثر تا نهم هر ماه به ستاد شهرستان مراجعه و فرمهای آماری مربوطه را به کلیه واحدها تحویل و فرم فوق را در دو نسخه تکمیل و یک نسخه آن را به واحد آمار شهرستان تحویل دهد .

فرم شماره 2 : فرم آمار ماهیانه

شماره :

تاریخ :

از : مرکز بهداشت شهرستان.....

به : مرکز بهداشت استان

احتراماً به پیوست تعداد برگ فرمهای آماری مربوط به ماه سال جهت استحضار ارسال می گردد .

سرپرست مرکز بهداشت شهرستان.....

امضاء

* امضای سرپرست مرکز بهداشت شهرستان به منزله تأیید داده های آماری است .

ردیف	نام گروه / واحد	تعداد فرمهای تحویل شده (قسمت اول)	تعداد فرمهای ناقص یا کسری (با ذکر نام فرم) (قسمت دوم)	نام فرد تحویل گیرنده و امضاء
1	گروه تخصصی مبارزه با بیماریها			
2	گروه بهداشت محیط و حرفه ای			
3	گروه سلامت خانواده			
4	گروه سلامت روانی و اجتماعی			
5	گروه توسعه شبکه و ارتقاء سلامت			
6	واحد بهداشت دهان و دندان			
7	واحد ارتباطات و آموزش سلامت			
8	واحد بهبود تغذیه			
9	واحد آمار و خدمات ماشینی			

10	واحد امور دارو			
11	واحد سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس			
12	واحد امور آزمایشگاهها			
نام فرد تحویل دهنده و امضاء		تاریخ تحویل فرمهای آماری		

* توجه : کارشناس واحد آمار شهرستان موظف است حداکثر تا پانزدهم هر ماه به ستاد استان مراجعه و فرمهای آماری مربوطه را به کلیه گروهها و واحدها تحویل و فرم فوق را در دو نسخه تکمیل و یک نسخه آن را به واحد آمار استان تحویل دهد .

فرم شماره 3

فرم تحویل آمار از مراکز بهداشتی درمانی به ستاد شهرستان

نام مرکز بهداشتی درمانی :

واحد سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس

ردیف	نام فرم	زمان ارسال	بهار	تابستان	پاییز	زمستان
1	فرم ثبت مشخصات کودکان 6 ساله معاینه شده توسط تیم پزشکی	پس از اتمام معاینات سالانه				
2	اطلاعات جمعیتی دانش آموزان	سالانه				
3	اطلاعات تعداد آموزشگاههای شهرستان	سالانه				
4	فرم بررسی اپیدمیولوژیک آلودگی پدیکلوزیس در مدارس	فصلی				
5	آمار واکسیناسیون توام متوسطه	سالانه				
6	چک لیست ارزشیابی شیر مدرسه ایران	فصلی				
7	ارزیابی مقدماتی (دانش آموزان ابتدایی)	فصلی				
8	ارزیابی مقدماتی (دانش آموزان راهنمایی و متوسطه)	فصلی				
9	نتایج معاینات پزشک عمومی (دانش آموزان ابتدایی)	فصلی				
10	نتایج معاینات پزشک عمومی (دانش آموزان راهنمایی و متوسطه)	فصلی				
11	گزارش فعالیتهای آموزش سلامت در مدارس	فصلی				

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

* مورد 11 در شهرستانهایی که برنامه در حال اجرا است تکمیل گردد .

فرم شماره 4

فرم تحویل آمار از مرکز بهداشت شهرستان به مرکز بهداشت استان

نام شهرستان :

واحد سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس

ردیف	نام فرم	زمان ارسال	بهار	تابستان	پاییز	زمستان
1	فرم ثبت مشخصات کودکان 6 ساله معاینه شده توسط تیم پزشکی	پس از اتمام معاینات سالانه				
2	اطلاعات جمعیتی دانش آموزان	سالانه				
3	اطلاعات تعداد آموزشگاههای شهرستان	سالانه				
4	فرم بررسی اپیدمیولوژیک آلودگی پدیکلوزیس در مدارس	فصلی				
5	آمار واکسیناسیون توام متوسطه	سالانه				
6	چک لیست ارزشیابی شیر مدرسه ایران	فصلی				
7	ارزیابی مقدماتی (دانش آموزان ابتدایی)	فصلی				
8	ارزیابی مقدماتی (دانش آموزان راهنمایی و متوسطه)	فصلی				
9	نتایج معاینات پزشک عمومی (دانش آموزان ابتدایی)	فصلی				
10	نتایج معاینات پزشک عمومی (دانش آموزان راهنمایی و متوسطه)	فصلی				
11	گزارش فعالیتهای آموزش سلامت در مدارس	فصلی				

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم شماره 4

فرم تحویل آمار از مرکز بهداشت شهرستان به مرکز بهداشت استان

نام شهرستان :

گروه سلامت خانواده و جمعیت

[illegible]

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید
* مورد 5 فقط در شهرستانهای محل اجرا تکمیل گردد .

فرم شماره 4

فرم تحویل آمار از مرکز بهداشت شهرستان به مرکز بهداشت استان

نام شهرستان :

واحد امور دارو

ماههای سال												زمان ارسال	نام فرم	ردیف
اسفند	بهمن	دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین			
												فصلی	فرم درخواست داروهای سلامت خانواده	1
												فصلی	فرم درخواست داروهای واگیر	2

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم شماره 3

فرم تحویل آمار از مراکز بهداشتی درمانی به ستاد شهرستان

نام مرکز بهداشتی درمانی :

واحد امور دارو

ماههای سال												زمان ارسال	نام فرم	ردیف
اسفند	بهمن	دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین			
												فصلی	فرم درخواست دارویی خانه بهداشت	1
												فصلی	فرم درخواست تجهیزات از مرکز بهداشتی درمانی	2
												فصلی	درخواست تجهیزات پزشکی	3
												فصلی	فرم درخواست داروهای سلامت خانواده	4
												فصلی	فرم درخواست داروهای واگیر	5
												فصلی	فرم درخواست داروهای درمانی	6

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم تحویل آمار از مرکز بهداشت شهرستان به مرکز بهداشت استان

نام شهرستان :

واحد سلامت دهان و دندان

ردیف	نام فرم	زمان ارسال	بهار	تابستان	پاییز	زمستان
1	(103-1) ثبت خدمات بهداشت دهان و دندان	فصلی				
2	(103-2) گزارش خدمات بهداشت دهان و دندان	فصلی				

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم شماره 3

فرم تحویل آمار از مراکز بهداشتی درمانی به ستاد شهرستان

نام مرکز بهداشتی درمانی :

واحد سلامت دهان و دندان

ردیف	نام فرم	زمان ارسال	بهار	تابستان	پاییز	زمستان
1	(103-1) ثبت خدمات بهداشت دهان و دندان	فصلی				
2	(103-2) گزارش خدمات بهداشت دهان و دندان	فصلی				

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم شماره 4

فرم تحویل آمار از مرکز بهداشت شهرستان به مرکز بهداشت استان

نام شهرستان :

واحد آمار و خدمات ماشینی

ماههای سال												زمان ارسال	نام فرم	ردیف
اسفند	بهمن	دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین			
												ماهانه	مراجعه سرپایی	1
												فصلی	ثبت موارد فوت	2

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم شماره 3

فرم تحویل آمار از مراکز بهداشتی درمانی به ستاد شهرستان

نام مرکز بهداشتی درمانی :

واحد آمار و خدمات ماشینی

ماههای سال												زمان ارسال	نام فرم	ردیف
اسفند	بهمن	دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین			
												ماهانه	مراجعه سرپایی	1
												فصلی	ثبت موارد فوت	2

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم شماره 4

فرم تحویل آمار از مرکز بهداشت شهرستان به مرکز بهداشت استان

نام شهرستان :

واحد امور آزمایشگاهها

ماههای سال												زمان ارسال	نام فرم	ردیف
اسفند	بهمن	دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین			
												ماهانه	فرم آمار ماهیانه آزمایشگاه	1

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم شماره 3

فرم تحویل آمار از مراکز بهداشتی درمانی به ستاد شهرستان

نام مرکز بهداشتی درمانی :

واحد امور آزمایشگاهها

ماههای سال												زمان ارسال	نام فرم	ردیف
اسفند	بهمن	دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین			
												ماهانه	فرم آمار ماهیانه آزمایشگاه	1

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم شماره 4

فرم تحویل آمار از مرکز بهداشت شهرستان به مرکز بهداشت استان

نام شهرستان :

گروه توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

ماههای سال												زمان ارسال	نام فرم	ردیف
اسفند	بهمن	دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین			
												ماهانه	وضعیت درآمدهای بهداشتی مراکز بهداشت و درمان شهرستان	1
												فصلی	جدول عملکرد تیم سلامت	2

* کارشناس گروه موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم شماره 3

فرم تحویل آمار از مراکز بهداشتی درمانی به ستاد شهرستان

نام مرکز بهداشتی درمانی :

واحد توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

ماههای سال												زمان ارسال	نام فرم	ردیف
اسفند	بهمن	دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین			
												ماهانه	وضعیت درآمدهای بهداشتی مراکز بهداشت و درمان شهرستان	1
												ماهانه	جدول عملکرد تیم سلامت	2
												ماهانه	فرم اضافه کار	3
												ماهانه	فرم دهگردشی مرکز	4
												ماهانه	چک لیست نیروهای شرکتی	5
												ماهانه	عملکرد راننده	6

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

												ماهانه	فرم فعالیت ماهانه خانه بهداشت کارگری	2 1
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--------------------------------------	--------

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم شماره 4

فرم تحویل آمار از مرکز بهداشت شهرستان به مرکز بهداشت استان

نام شهرستان :

گروه تخصصی مبارزه با بی‌ماری‌ها

[illegible]

													بیماری(به روز)		2
													ماهانه در صورت مشاهده بیماری	فرم گزارش ماهیانه فعالیتهای مبارزه با سل (جمع کل)	3 3
													ماهانه در صورت مشاهده بیماری	فرم معرفی کودکان مشکوک به TB جهت مشاوره تخصصی	3 4
													ماهانه در صورت مشاهده بیماری	فرم معرفی بیماران مبتلا به سل جهت مشاوره تخصصی	3 5
													ماهانه در صورت مشاهده بیماری	فرم درخواست انجام کشت یا تست حساسیت برای نمونه خلط	3 6
													فصلی	فرم گزارش بیماران ثبت شده (مبارزه با سل)	3 7
													فصلی	گزارش سه ماهه نتایج درمان مبتلایان به سل ربوی در 12 تا 15 ماه قبل	3 8
													فصلی	فرم انتقال / ارجاع بیمار مبتلا به سل	3 9
													فصلی	تعداد گسترده خلط انجام شده برای بیماریابی و پیگیری در مان در 3ماه(سل)	4 0
													ماهانه در صورت مشاهده بیماری	فرم بررسی انفرادی بیماری جذام	4 1
													سالانه	فرم ثبت ایمنی منزل در خانه بهداشت	4 2
													سالانه	فرم ثبت ایمنی منزل در مرکز بهداشتی درمانی روستایی	4 3
													ماهانه	فرم گزارش آمار ماهیانه بیماری دیابت	4 4
													ماهانه (در زمان غربالگری)	فرم گزارش غربالگری و بیماریابی دیابت و فشار خون	4 5
													ماهانه	فرم مراقبت از بیماران دیابتی (توسط بهورز و پزشک)	4 6
													ماهانه	گزارش دهی مراقبت از بیماران دیابتی	4 7
													ماهانه	آمار گزارش مراقبت از بیماری فشارخون بالا	4 8
													ماهانه	جدول عملیاتی واکسیناسیون انجام یافته و مقایسه سرنگ و سوزن مصرفی	4 9
													ماهانه	فرم گزارش ماهیانه موارد بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن	5 0
													ماهانه در صورت کشف	لیست خطی موارد مشکوک سرخک	5 1
													ماهانه در صورت مشاهده بیماری	فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مشکوک سرخک	5 2

فرم شماره 3

فرم تحویل آمار از مراکز بهداشتی درمانی به ستاد شهرستان

نام مرکز بهداشتی درمانی :

واحد تخصصی مبارزه با بی‌ماری‌ها

ردیف	نام فرم	زمان ارسال	ماههای سال
------	---------	------------	------------

		فرودین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند
5 3	فرم بررسی فلج شل حاد	موردی											
5 4	فرم بررسی و لیست خطی دیفتری ، کزاز نوزادی ، سرخچه ، عوارض ایمنسازی	ماهانه											
5 5	فرم بررسی انفرادی موارد انسانی مشکوک به آنفلوآنزای پرندگان	ماهانه در صورت وجود بیماری											

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم شماره 4

فرم تحویل آمار از مرکز بهداشت شهرستان به مرکز بهداشت استان

نام شهرستان :

واحد ارتباطات و آموزش سلامت

ردیف	نام فرم	زمان ارسال	ماههای سال											
			فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند
1	گزارش عملکرد و ارتباطات و آموزش سلامت IEC	سالانه												
2	فرم گزارش دهی طرح رابط روستایی	فصلی												
3	آمار برنامه رابطان بهداشت (جلب مشارکت مردمی)	فصلی												
4	فرم گزارش برنامه داوطلبان متخصص	فصلی												

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم شماره 3

فرم تحویل آمار از مراکز بهداشتی درمانی به ستاد شهرستان
نام مرکز بهداشتی درمانی :

واحد ارتباطات و آموزش سلامت

ردیف	نام فرم	زمان ارسال	ماههای سال											
			فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند
1	گزارش عملکرد و ارتباطات و آموزش سلامت IEC	سالانه												
2	فرم گزارش دهی طرح رابط روستایی	ماهانه												
3	آمار برنامه رابطان بهداشت (جلب مشارکت مردمی)	ماهانه												
4	فرم گزارش برنامه داوطلبان متخصص	ماهانه												

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم شماره 4

فرم تحویل آمار از مرکز بهداشت شهرستان به مرکز بهداشت استان

نام شهرستان :

گروه سلامت روانی اجتماعی

ردیف	نام فرم	زمان ارسال	ماههای سال											
			فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند
1	گزارش اختلالات اعصاب و روانی	ماهانه												
2	گزارش فعالیتهای آموزش اعصاب و روانی	فصلی												
3	گزارش عملکرد مرکز کاهش آسیب (DIC)	ماهانه												

* کارشناس گروه موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید

فرم شماره 3

فرم تحویل آمار از مراکز بهداشتی درمانی به ستاد شهرستان

نام مرکز بهداشتی درمانی :

واحد سلامت روانی اجتماعی

ماههای سال												زمان ارسال	نام فرم	ردیف
اسفند	بهمن	دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین			
												ماهانه	گزارش اختلالات اعصاب و روانی	1
												فصلی	گزارش فعالیتهای آموزش اعصاب و روانی	2
												ماهانه	گزارش عملکرد مرکز کاهش آسیب (DIC)	3

* کارشناس واحد موظف است فرم را تکمیل و موارد نقص یا عدم ارسال را پیگیری نماید