|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام شهرستان: .......... | **وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی** | فصل:  |
| جمعيت تحت پوشش: | **دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...........****گزارش فعالیت های ادغام خدمات سوء مصرف مواد در نظام شبکه****اطلاعات ستاد شهرستان/معاونت بهداشتی** | بهار  تابستان   پاییز  زمستان  |
|  |  |  |

الف/ فعالیت های پیشگیرانه آموزشي:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| گروه هدف | بيماران | افراد در معرض خطر | دانش آموزان | خانواده ها | اولياي مدرسه | دانشجویان | شاغلين در محيط كار |
| تعداد آموزش چهره به چهره | زن |  |  |  |  |  |  |  |
| مرد |  |  |  |  |  |  |  |
| جمع |  |  |  |  |  |  |  |
| تعداد جلسات آموزش گروهي كوچك |  |  |  |  |  |  |  |
| تعداد افراد شركت كننده | زن |  |  |  |  |  |  |  |
| مرد |  |  |  |  |  |  |  |
| جمع |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  گروه هدفنوع آموزش | كاركنان بهداشتي و درماني | رابطین بهداشتی | گروههاي هميار آموزشي | جمع |
| تعداد جلسه/كارگاه/ همايش برگزار شده | تعداد شركت كنندگان | تعداد جلسه/كارگاه/ همايش برگزار شده | تعداد شركت كنندگان | تعداد جلسه/كارگاه/ همايش برگزار شده | تعداد شركت كنندگان | تعداد جلسه/كارگاه/ همايش برگزار شده | تعداد شركت كنندگان |
| جلسه آموزش گروهي بزرگ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| كارگاه |  |  |  |  |  |  |  |  |
| گردهمايي |  |  |  |  |  |  |  |  |

ب/ فعالیت های پيشگيرانه رسانه ای :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع فعالیت | رسانه هاي آموزشي | رسانه هاي جمعي | نوع آموزش | تعداد نمايشگاه | تعداد بازديد كننده |
| پمفلت | پوستر | پارچه نويسي / بيلبورد | کتاب / کتابچه | فیلم/كليپ/ تيزر | تعداد برنامه های رادیویی |  | نمايشگاه تخصصي |  |  |
| تعداد عنوان |  |  |  |  |  | تعداد برنامه های تلویزیونی |  |
| تيرا‍ژ |  |  |  |  |  | تعداد مقاله در روزنامه ها / مجلات |  | نمايشگاه عمومي |  |  |
| محل توزيع(كد) |  |  |  |  |  | تعداد عناوين درج شده در وبلاگ/سايت |  |

ج/ فعاليت هاي بیماریابی و کاهش آسیب

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تعداد | مراجعه کننده | مشاوره شده جهت درمان | بیمارانی که سم زدایی جهت آنان شروع شده | ارجاع به واحد درمانی تخصصی | پیگیری شده جهت مراجعه به واحد درمان تخصصی | افراد تحت پوشش برنامه کاهش آسیب **(نفربار**) |
| آموزش، مشاوره | ارجاع جهت انجام آزمایشاتHCV، HBV، HIV | تعویض سرنگ وسرسوزن | دریافت کننده کاندوم |
| زن |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مرد |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| جمع |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

نام و نام خانوادگي و امضاي تكميل كننده:

مسئول واحد بهداشت روان

 معاون بهداشتی :

تاريخ : ..................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |