فرم بررسی گروه های خودیار

**دانشگاه علوم پزشکی:**

شبکه بهداشت و درمان شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت: پایگاه سلامت/ خانه بهداشت:

 موضوع گروه خودیار : نام رهبر گروه: تعداد اعضای گروه :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی اعضای گروه | شماره تماس | نوع گروه خودیار | تاریخ برگزاری اولین جلسه توجیهی | تاریخ جلسات برگزار شده توسط گروه خودیار | تاریخ شرکت بهورز/ مراقب سلامت در جلسات گروهی | تاریخ پایش گروه | امتیاز پایش گروه |
| حقیقی | مجازی |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

نام تکمیل کننده فرم: