

فرم بررسی گروه های خودیار

دانشگاه علوم پزشکی:

پایگاه سلامت / خانه بهداشت:

مرکز خدمات جامع سلامت:

شبکه بهداشت و درمان شهرستان:

تعداد اعضای گروه:

نام رهبر گروه:

موضوع گروه خودیار:

امتیاز پایش گروه	تاریخ پایش گروه	تاریخ شرکت بهورز/ مراقب سلامت در جلسات گروهی	تاریخ برگزار شده توسط گروه خودیار	تاریخ برگزاری اولین جلسه توجیهی	نوع گروه خودیار		شماره تماس	نام و نام خانوادگی اعضای گروه	ردیف
					مجازی	حقیقی			
									۱.
									۲.
									۳.
									۴.
									۵.
									۶.
									۷.
									۸.
									۹.
									۱۰.
									۱۱.
									۱۲.
									۱۳.
									۱۴.
									۱۵.

نام تکمیل کننده فرم: