3-فرم گزارش پيگيری مراقبت های بهداشتي اوليه/غربالگری بيماری های واگيردار و غير واگيرپایگاه سلامت / خانه بهداشت ……………..........نام و نام خانوادگی داوطلب سلامت محله .....................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی فرد مورد پیگیری | کدملی | علت پیگیری (نوع مراقبت با غربالگری) | تاریخ | نتیجه گیری |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**-یکی از انتظارات از داوطلبان سلامت محله مشارکت و همکاری آنها با مراقب سلامت و بهورز برای فعال کردن خدمات است درصورتیکه مراقب سلامت / بهورز موف به ارتباط با خانوار نشد اطلاعات این پیگیری ها توسط مراقب سلامت / بهورز ماهانه به داوطلب سلامت محله داده می شود و توسط داوطلب سلامت پیگیری انجام و نتایج آن به مراقب سلامت/ بهورز ارایه می شود**.