**2- فرم گزارش ماهيانه وقايع حياتي  
پایگاه سلامت / خانه بهداشت .......................  
نام و نام خانوادگی داوطلب سلامت محله** .......................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **طلاق** | | **ازدواج (مشاوره فرزندآوری)** | | **فوت** | | **مهاجرت** | | **تولد** | **اطلاعات سرپرست خانوار** | | **شماره ساختمان  پلاك منزل))** | **تاریخ** |
| **شماره ملی فرد مطلقه** | **نام نام خانوادگی فرد مطلقه** | **شماره ملی فرد ازدواج كرده** | **نام نام خانوادگی فرد ازدواج كرده** | **شماره ملی فرد متوفی** | **نام و نام خانوادگ ی متوفی** | **مهاجرت از منطقه (تعداد افراد)** | **مهاجرت به منطقه (تعداد افراد)** | **تاریخ تولد (روز/ماه/ سال)** | **شماره ملی سرپرست خانوار** | **نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**-انتظار می رود هر داوطلب سلامت محله با برقراری ارتباط موثر حتی بصورت مجازی از اطلاعات جمعیتی خانوارهای تحت پوشش مطلع باشد و جهت خانوارهای تحت پوشش و تبادل اطلاعات، گروه در شبکه های مجازی تشکیل ده**د.