**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 سرپرستخانوار** | **شماره ساختمان پلاك منزل))** | **تاریخ** |
| **شماره ملی فرد مطلقه** | **نامنامخانوادگیفرد مطلقه** | **شمارهملی فردازدواجكرده** | **نامنامخانوادگیفرد ازدواجكرده** | **شماره ملی فرد متوفی** | **نام و نامخانوادگی متوفی** | **مهاجرت ازمنطقه(تعداد افراد)** | **مهاجرتبه منطقه(تعدادافراد)** | **تاریختولد(روز/ماه/سال)** | **شمارهملیسرپرستخانوار** | **نام و نامخانوادگیسرپرستخانوار** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**-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.