

کد مدرک FM ۱۴۰۱۰۴	فرم (شماره ۳)	سازمان بیمه سلامت
	آمار مراجعین به مرکز / (بلوک) بهداشتی درمانی	اداره کل بیمه سلامت استان اصفهان

اطلاعات پایه مرکز جامع سلامت						
شبکه بهداشت و درمان:	مرکز جامع سلامت:	شماره بلوک:	ماه:	سال:	جمعیت:	
پزشک خانواده:	مامای خانواده:	دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان:				
وضعیت داروخانه:	خصوصی	دولتی	ساعت ارائه دارو:	وضعیت دندانپزشکی:	فعال	غیرفعال

مراقبت‌های انجام شده (تکمیل توسط پزشک)			
تعداد مراقبت‌های انجام شده:	تعداد افراد مراقبت شده:	تعداد ویزیت‌های انجام شده:	تعداد افراد ویزیت شده:
تعداد ارجاع به سطوح بالاتر:	تعداد کل ارجاعات دریافتی پزشک:	تعداد بازخوردهای ارسالی پزشک:	تعداد اقلام دارویی تجویز شده توسط پزشک:

بیماری‌های غیر واگیر (تکمیل توسط پزشک)			
تعداد کل فشارخون شناسایی شده:	تعداد موارد جدید فشارخون:	تعداد کل دیابت شناسایی شده:	تعداد موارد جدید دیابت:
تعداد بیماران فشارخونی مراقبت شده:	تعداد آزمایش HbA1c انجام شده:	تعداد بیماران دیابتی مراقبت شده:	

ثبت وقایع (تکمیل توسط پزشک)		
بیماری‌های ثبت شده:	داروهای ثبت شده:	سوابق خانوادگی ثبت شده:
حساسیت‌های ثبت شده:		

خدمات دهان و دندان (تکمیل توسط دندانپزشک)			
سطح یک	آموزش سلامت بهداشت دهان و دندان:	انجام وازنیش فلوراید:	توزیع مسواک انگشتی:
سطح دو	معاینه دهان و دندان:	آموزش سلامت دهان و دندان:	خارج کردن دندان:
درمان پالپ زنده:	فلوراید تراپی:	ترمیم آمالگام:	ترمیم کامپوزیت:

توزیع مکمل توسط غیر از پزشک (تکمیل توسط پزشک) آمار سه ماه گذشته از ماه: لغایت ماه:							
دارو	قطره آ.د	قطره مولتی ویتامین	قطره آهن	اسید فولیک	قرص آهن	کبوسول مولتی ویتامین مینرال	ویتامین د ۵۰۰۰۰
تعداد تجویز							قرص کلسیم د
میانگین در هر تجویز							

خدمات مامای خانواده												آمار مامایی										
جمعیت گروه هدف جهت توزیع مکمل‌ها	تعداد افراد بالای ۶۰ سال	تعداد افراد بالای ۳۰ سال	تعداد افراد بالای ۱۸ سال	تعداد افراد ۶ تا ۲۴ ماه	تعداد افراد زیر ۶ ماه	زن باردار	بیش از ۱۶ هفته	تا ۱۶ هفته	جمع کل خدمات	سایر خدمات (با ذکر عنوان)	مراقبت‌های انجام شده	مشاوره	معاینات ژینکولوژی غیر از پاپ اسمیر	معاینات پرست	پاپ اسمیر	IUD	برداشتن	کنترل	گذاشتن	ویزیت	تعداد زن باردار پرخطر	تعداد زن باردار

دهگردشی‌های انجام شده (سیاری‌ها)											
خانه/پایگاه بهداشت											
تاریخ:											

وضعیت حضور و غیاب پزشک، دندانپزشک و ماما

ایام ماه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	
پزشک																																
دندانپزشک																																
ماما																																

*** توجه: در تکمیل جدول فوق از حروف اختصاری زیر استفاده فرمایید ***

حضور در مرکز(ح)	تعطیلات (ت)	سیاری (س)	مرخصی (م)	جلسات (ج)	پزشک/ماما جانشین (*)
مرخصی ساعتی (پ) همراه با قید ساعت مرخصی روی حرف پ			لطفاً نام و نام خانوادگی پزشک/پزشکان جانشین قید گردد.....		

مهر و امضاء پزشک خانواده	مهر و امضاء دندانپزشک	مهر و امضاء مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان	امضاء کارشناس ناظر سازمان بیمه سلامت
-----------------------------	--------------------------	---	---

