

شهرستان .....

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

کد پستی ۱۰۳-۲ ۲۰۰

ماه ..... فصل ..... سال .....

نام واحد: .....

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری  روستایی   
 مرکز بهداشت شهرستان  استان

فرم گزارش خدمات بهداشت دهان و دندان

جمعیت تحت پوشش

تعداد کودکان ۱۲ تا ۶ سال:

تعداد زنان باردار:

سایرین:

تعداد کودکان زیر ۶ سال:

جمع	۱۳ سال به بالا		زیر ۶ سال	۱۲ تا ۶ سال	گروه سنی	
	سایرین	زنان باردار				
					خدمات بهداشتی درمانی	
					معاینه	
					کشیدن دندان	
					تربیتی	
						آماتگام
						کامپوزیت
					گلاس آیونومر	
					جرمگیری و پروساز	
					رادیوگرافی	
					پانپونومی	
					فلوراید تراپی	
					لیشور سیلانت	
					ارجاع از خانه بهداشت / پایگاه بهداشت	
					تعداد دفعات مراجعه	

تعداد خانه بهداشت / پایگاه بهداشت: ..... تعداد دفعات نظارت دندانپزشک بر پایگاه بهداشت

تعداد دفعات نظارت کارشناس بهداشت دهان و دندان شهرستان بر واحدهای تحت پوشش: ..... تعداد دفعات نظارت کارشناس بهداشت دهان و دندان استان: ..... تعداد نفر روزکارکرد در واحد: .....

تعداد مراکز بهداشتی درمانی دارای واحد دندانپزشکی ..... تعداد دندانپزشک ..... تعداد بهداشتکار .....

تاریخ تکمیل فرم: ..... نام و امضاء تکمیل کننده ..... نام و امضاء مسئول واحد .....