

((ثبت خدمات بهداشت دهان و دندان))**تعداد افراد تحت پوشش**

.....	زنان باردار:
.....	کودکان زیر ۶ سال:
.....	کودکان ۶ تا ۱۲ سال:
.....	سایرین:

سایرین	زنان باردار	کودکان ۶ تا ۱۲ سال	کودکان زیر ۶ سال	گروههای هدف
				نوع خدمت
				مراقبت
				ارجاع

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

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 روز کارکرد 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