

نام مرکز / شبکه: _____
 نام واحد: _____
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
 معاونت امور بهداشتی
 کد فرم: ۱۰۲-۰۷-۰۲
 تاریخ تکمیل: / / _____
 ضمیمه شماره دوازده: ثبت مراجعین با سندروم‌ها و اتیولوژی‌های آمیزشی در ماه
 دوره تکمیل فرم: ماهانه
 نوع واحد: ستاد مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت:

زن								
کمتر از ۱۵	۱۵-۱۷	۱۸-۱۹	۲۰-۲۴	۲۵-۲۹	۳۰-۳۴	۳۵-۳۹	۴۰-۴۴	۴۵ و بالاتر
زخم تناسلی غیرتاولی								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
گنوره (قطعی)								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سیفیلیس اولیه و ثانویه (احتمالی)								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سیفیلیس اولیه و ثانویه (قطعی)								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
کلامیدیا (قطعی)								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

نام و سمت تکمیل کننده: _____ امضاء: _____ نام و امضاء مسئول مرکز: _____

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۰۷-۰۳

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

ضمیمه شماره سیزده: دفتر ثبت خدمات ارائه شده در خصوص بیماری های آمیزشی

دوره تکمیل فرم: ماهانه

نوع واحد: ستاد مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت:

کد فرد تحت پوشش	کد مربوط به سنندرها	کد مربوط به اتیولوژی در شریک جنسی	درمان STD شریک جنسی (نتیجه پیگیری)	کد مربوط به اتیولوژی در شریک جنسی	درمان STD مراجع (نتیجه پیگیری)	کد مربوط به سنندرها	کد فرد تحت پوشش

کدهای مربوط به اتیولوژی:

- ۱- سیفلیس اولیه و ثانویه ۲- سیفلیس نهفته ۳- گنوره ۴- شانکروئید ۵- کلامیدیا ۶- تریکومونا ۷- HBV ۸- HSV

کدهای مربوط به سنندرها:

- ۱- ترشح واژن ۲- درد زیر شکم ۳- زخم های تناسلی (A-۳: زخم های غیر تاویلی و B-۳: زخم های تاویلی) ۴- تورم غدد لنفاوی کشاله ران ۵- کونزکتیویت نوزادی ۶- ترشح مجرا ۷- تورم بیضه

لازم به ذکر است که در کدهای مربوط به سنندرها، کدهای ۱ و ۲ مختص زنان و کدهای ۶ و ۷ مختص مردان می باشند.

نام و امضاء مسئول مرکز:

امضاء:

نام و سمت تکمیل کننده:

نام مرکز / شبکه
نام واحد:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
معاونت امور بهداشتی

کد فرم: ۱۰۲-۰۷-۰۴
تاریخ تکمیل: / /

فرم شماره شانزده: فرم ثبت خدمات تیم سیاری ماه.....

دوره تکمیل فرم: ماهانه

نوع واحد: ستاد مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت:

ردیف	نوع فعالیت	تفکیک نوع مصرف	شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنجشنبه	جمع هفته
۱.		زن تزریقی							
۲.		زن غیر تزریقی مصرف کننده							
۳.		کل موارد خدمت گیرندگان (تکراری و غیر تکراری)							
۴.		تعداد نفرات جدید شناسایی شده							
۵.		تعداد نفرات معرفی شده به مرکز							
۶.		تعداد سرنگ توزیع شده							
۷.		تعداد سر سوزن توزیع شده							
۸.		تعداد کاندوم توزیع شده							
۹.		تعداد آب مقطر توزیع شده							
۱۰.		تعداد پنکل توزیع شده							
۱۱.		تعداد افراد آموزش دیده							
۱۲.		تعداد سرنگ و سر سوزن جمع آوری شده							
۱۳.		تعداد موقعیت/پاتوق بازدید شده							
۱۴.		تعداد موقعیت/پاتوق جدید شناسایی شده							
۱۵.		ساعت اعزام از مرکز							
۱۶.		ساعت بازگشت به مرکز							
۱۷.		کد موقعیت ها/پاتوق های بازدید شده بر اساس کد دهه در مرکز							
۱۸.		کد نفر تایید کننده گزارش در هر روز							

کد نفرات تایید کننده گزارش هر روز ۱: پزشک مرکز ۲: مدیر داخلی ۳: مسئول خدمات سرنگ و سوزن ۴: سایر نفرات غیر از تیم سیاری

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:

نام مرکز / شبکه	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی	کد فرم: ۱۰۲-۰۷-۰۵
نام واحد:	معاونت امور بهداشتی	تاریخ تکمیل: / /
ضمیمه	شماره فرم: فرم گزارش دهی خدمات ارائه شده به مراجعین به مرکز	ماه سال.....
نوع واحد: ستاد	مرکز بهداشتی درمانی شهری	دوره تکمیل فرم: ماهانه
	مرکز بهداشتی درمانی روستایی	خانه بهداشت:

تعداد سرنگ ارائه شده در مرکز	
تعداد سر سوزن ارائه شده در مرکز	-
تعداد سرنگ تحویل گرفته شده در مرکز	
تعداد سر سوزن تحویل گرفته شده در مرکز	
تعداد safety box ارائه شده در مرکز	
تعداد کاندوم ارائه شده در مرکز	
تعداد فرد ارزیابی شده از نظر STI (تکراری و غیر تکراری)	
تعداد افرادی که تحت معاینه ژنیتال قرار گرفته اند	
تعداد افرادی که نیاز به درمان STI داشتند	
تعداد ویزیت های انجام شده توسط متخصص	
تعداد ارجاع شریک جنسی جهت درمان STI	
تعداد افرادی که در مرکز MMT دریافت کرده اند	
تعداد افرادی که برای دریافت MMT به مرکز دیگری ارجاع شده اند	
تعداد مشاوره فردی انجام شده	
تعداد مشاوره گروهی انجام شده	
تعداد آموزش فردی انجام شده در مرکز	
تعداد آموزش گروهی انجام شده در مرکز	
تعداد افرادی که خدمات مددکاری به آنها ارائه شده است	
تعداد موارد ارجاع شده به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری	
تعداد تستهای انجام شده HIV	
تعداد کل پرونده های تشکیل شده	
تعداد پرونده های فعال	
تعداد پرونده ها در این ماه	

نام و سمت تکمیل کننده:	امضاء:	نام و امضاء مسئول مرکز:
------------------------	--------	-------------------------

