|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **دانشگاه علوم پزشکی:** | **شبکه بهداشت و درمان شهرستان:** | **مركز خدمات جامع سلامت:** | **پایگاه سلامت/ خانه بهداشت:** |
| **موضوع گروه خودیار :** | **نام رهبر گروه:** | **تعداد اعضاي گروه :** |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی اعضاي گروه** | **شماره تماس** | **نوع گروه خودیار** | **تاریخ برگزاري اولین جلسه توجیهی** | **تاریخ جلسات برگزار شده توسط گروه خودیار** | **تاریخ شركت بهورز / مراقب سلامت در جلسات گروهی** | **تاریخ پایش گروه** | **امتیاز پایش گروه** |
| **حقیقی** | **مجازی** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

فرم بررسی گروه هاي خودیار

**نام ونام خانوادگی تکمیل کننده فرم: .................................................**