فرم شماره 2- فرمت برنامه عملیاتی خودمراقبتی اجتماعی

|  |  |
| --- | --- |
| **نام استان ........................... نام شهرستان ........................... نام شهر/ روستا ........................... نام سازمان........................... تاریخ...........................** | |
| **لیست مشکلات شناسایی شده:\* ( حداقل یک مشکل مد نظر قرار گیرد)**  **-**  **-**  **-**  **-** | |
| **هدف کلی :**  **-** | |
| **اهداف اختصاصی / رفتاری:**  **-**  **-**  **-**  **-** | |
| **لیست فعالیت های مرتبط با اهداف اختصاصی :**  -  -  -  -  - | |
| **نام مسئول: ..........................................** | |
| **زمان بندی اجرا: ( بازه زمانی 6 ماه تا یک سال) ...................................** | |
| **میزان دستیابی به اهداف**   * **بلی ............ -خیر .............. - نیاز به زمان بیشتر.............** | |
| **توضیحات : ................................................................................................................................................................................................**  **..................................................................................................................................................................................................................** | |
| **نام و نام خانوادگی رابط سلامت شورای حامی سلامت**  **...................................................................................................** | **نام و نام خانوادگی سرپرست مرکز خدمات جامع سلامت/ کارشناس آموزش و ارتقای سلامت شهرستان:**  **......................................................................................................** |

\*ترجیحا بر اسا س نتایج نیازسنجی جامعه باشد