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