

فرم پایش برنامه ارزیابی خطر بلایا در مراکز بهداشتی کشور

الف- مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه

توضیح: این فرم همزمان با اجرای برنامه، بصورت هفتگی، توسط مرکز بهداشت دانشگاه و شهرستان تکمیل می شود و به سطح بالاتر گزارش می شود. اگر این فرم در سطح شهرستان تکمیل می شود، در ستون تعداد مرکز در مقابل مرکز بهداشت شهرستان عدد ۱ ثبت شود.			
نام دانشگاه:		نام مرکز:	تاریخ تکمیل:
نام مسئول مدیریت و کاهش خطر بلایا:		تلفن:	موبایل:
سطح	تعداد مراکز تحت پوشش	تعداد مراکزی که ارزیابی خطر را انجام داده و داده های آن را وارد کرده اند.	درصد پوشش برنامه روش محاسبه: تعداد مراکزی که ارزیابی خطر را انجام داده و داده های آن را وارد کرده اند. تقسیم بر تعداد کل مراکز، ضربدر ۱۰۰. نتیجه با یک رقم اعشار ثبت شود.
معاونت بهداشتی			
مرکز بهداشت شهرستان			
مرکز بهداشتی درمانی شهری			
پایگاه بهداشتی شهری			
آموزشگاه بهورزی			
مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی / روستایی			
پایگاه روستایی			
واحد تسهیلات زایمانی			
خانه بهداشت			
تعداد کل			