

فرم پایش برنامه ارزیابی خطر بلایا در مراکز بهداشتی کشور

ب- مراکز محیطی (این فرم جهت مراکزی تکمیل می شود که خود چندین خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی را تحت

نظارت دارند.)

بخش ۱. این فرم همزمان با اجرای برنامه، بصورت هفتگی تکمیل شده و به سطح بالاتر ارسال می شود.		
نام دانشگاه:	نام شهرستان:	تاریخ تکمیل:
نام هماهنگ کننده مدیریت و کاهش خطر بلایا:		
تلفن:		
موبایل:		
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.

فرم پایش برنامه ارزیابی خطر بلایا در مراکز بهداشتی کشور

ب- مراکز محیطی (این فرم جهت مراکزی تکمیل می شود که خود چندین خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی را تحت نظارت دارند.)

بخش ۲. این فرم همزمان با اجرای برنامه، در مرکز محیطی تکمیل و نگهداری می شود.		
نام دانشگاه:	نام شهرستان:	تاریخ تکمیل:
نام هماهنگ کننده مدیریت و کاهش خطر بلایا:	تلفن:	موبایل:
ردیف	نام مرکز	آیا این مرکز ارزیابی خطر را انجام داده و داده های آن را وارد کرده است؟ (بلی / خیر)