

فرم شماره 1: سطح شهرستان / مرکز بهداشت شهرستان

سال: 1397

سه ماهه: سوم

ماه: دی

نام شهرستان: بم

علوم پزشکی بم

نام دانشگاه:

تعداد								تعداد جلسات توجیهی برگزار شده برای گروه های خودیار	تعداد افراد عضو گروه های خودیار بیماری						نام مراکز جامع سلامت شهری / روستایی
مدارس حامی سلامت	مدارس تحت پوشش	سازمان های غیر دولتی حامی سلامت	سازمان های غیر دولتی تحت پوشش	سازمان های دولتی حامی سلامت	سازمان های دولتی تحت پوشش	شوراهای شهری/ روستایی حامی سلامت	شوراهای شهری/ روستایی و شورایی تحت پوشش		فشار خون	تنفسی	دیابت	کلیوی	قلبی - عروقی	سرطان	
28	241	2	28	15	77	68	71	128	325	20	203	15	50	27	مرکز بهداشت شهرستان بم

نام و نام خانوادگی و امضای رییس مرکز بهداشت شهرستان

نام و نام خانوادگی و امضای کارشناس مسئول آموزش و ارتقای سلامت شهرستان