پیوست 4 : فرم هایی که در پوشه الکترونیک هر داوطلب سلامت محله باید موجود باشد

1\_ فرم خانوارهای تحت پوشش داوطلب سلامت محله

پایگاه سلامت / خانه بهداشت ...............

نام و نام خانوادگی داوطلب سلامت محله ............................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار | کد ملی سرپرست خانوار | تعداد افراد خانوار | فرزند زیر 2 سال خانوار | فرزند زیر 5 سال خانوار | زن باردار در خانوار | فرد سالمند در خانوار |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

* انتظار میرود هر داوطلب سلامت شناخت کاملی نسبت به گروه های پر خطر در خانوارهای تحت پوشش داشته باشد