**گزارش مجموعه پایشهای انجام شده از خدمات سلامت میانسالان شهرستان............ در سال.............**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام مرکز سلامت / پایگاه/ خانه بهداشت** | **نام و سمت پایشگر/ پایشگران** | | **نام و سمت پایش شوندگان** | | **تاریخ بازدید** | **موارد نیازمند ارتقا\*** | **اقدامات و مداخلات پیش بینی شده** | **نتیجه مداخلات** | **تاریخ و شماره نامه فیدبک ارسالی از ستاد** | **تاریخ و شماره نامه بازخورد ارسالی از مرکز سلامت / پایگاه** |
| **نام** | **سمت** | **نام** | **سمت** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*در ستون موارد نیازمند ارتقا فقط موارد خاص که نیاز به پیگیری از طرف ستاد یا پرسنل مرکز دارد ثبت و پیگیری شوند**