



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی استان همدان

مرکز بهداشت استان

استاندارد نصب فرمها، دفاتر، پوسترها و

در

مراکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی / پایگاههای بهداشتی

گروه گسترش شبکهها

با همکاری

گروهها و واحدهای فنی مرکز بهداشت استان

تابستان ۱۳۹۰

فرمهای استاندارد مشترک

- برنامه بازدید روزانه و دهگردشی ماهیانه تیم سلامت
- مسیر ارجاع
- فرم مشخصات پرسنلی
- ساعت کار واحد بهداشتی درمانی
- شرح وظایف پرسنل به تفکیک
- شاخص های بهداشتی و Ranking خانه های بهداشت
- زیج

فرمهای استاندارد گروه گسترش شبکه ها

- پوستر رابط سلامت
- برنامه آموزشی کتابچه آموزشی رابطین
- اسامی رابطین مرکز
- فلوچارت ارسال آمار

فرمهای استاندارد گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها

- فرم تبدیل ماههای میلادی به شمسی
- فرم شرایط نگهداری واکسن
- فرم ثبت دمای یخچال واکسیناسیون
- جدول ثبت بیماریهای تحت مراقبت
- فرم چوب خط روزانه واکسیناسیون
- آخرین چاپ راهنمای واکسیناسیون
- پوستر جدول واکسیناسیون گروه هدف
- دستورالعمل بیماریها
- پوستر روش تهیه لام مالاریا
- فرم گزارش تلفنی بیماریها

فرمهای استاندارد گروه بهداشت محیط

- فرم کلر سنجی آب آشامیدنی
- فرم بازدید از اماکن عمومی

فرمهای استاندارد واحد دارویی

- فرم روزانه ثبت دما و رطوبت داروخانه
- لیست داروهای اورژانس و تاریخ مصرف آنها
- فرم ثبت تاریخ انقضاء دارو
- دارونامه

فرمهای استاندارد گروه بهداشت خانواده

- بوکلت چارت های مانا ، کودک سالم ، مادران و تنظیم خانواده ویژه بهورزان
- پوستر توالی و مراحل مراقبت از کودک سالم
- کتاب شیر مادر و شیر مصنوعی
- بوکلت چارت های مانا ، کودک سالم ، مادران و تنظیم خانواده ویژه پزشک

فرمهای استاندارد واحد آموزش بهداشت

- جدول گانت آموزشی
- جدول اولویتهای آموزشی

فرمهای استاندارد واحد بهداشت مدارس

- جدول ثبت تعداد مدارس و دانش آموزان منطقه

محل پیشنهادی جهت نصب و استقرار فرم‌ها در مراکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی / پایگاههای بهداشتی

واحد بهداشتی				محل نصب			عنوان	ردیف	
پایگاه	شهری	روستایی	شهری	سایر	دیوار سانس انتظار	دیوار اطاق کار			
✓	✓	✓	✓			✓	زیج	۱	فرم‌ها و جداول
✓	✓	✓	✓		✓		مسیر ارجاع	۲	
✓	✓	✓	✓		✓		ساعت کار واحد بهداشتی درمانی	۳	
✓	✓	✓	✓			✓	شاخص‌های بهداشتی و Ranking خانه‌های بهداشت	۴	
	✓	✓		تابلو اعلانات			برنامه بازدید دهگردشی ماهیانه تیم سلامت	۵	
✓	✓	✓	✓	روی در یخچال واکسن			فرم ثبت درجه حرارت یخچال	۶	
✓	✓	✓	✓	روی در یخچال واکسن			فرم تبدیل ماههای میلادی به شمسی	۷	
✓	✓	✓	✓	روی در یخچال واکسن			جدول شرایط نگهداری واکسن	۸	
✓	✓	✓	✓			✓	فرم گزارش تلفنی بیماریها	۹	
✓	✓	✓	✓			✓	فرم ثبت بیماریها	۱۰	
✓	✓	✓	✓	داخل پوشه			فلوچارت ارسال آمار	۱۱	
✓	✓	✓	✓	روی شیشه قفسه دارویی			فرم تاریخ انقضاء دارو	۱۲	
	✓	✓	✓	کنار دماسنج		✓	فرم روزانه ثبت دمای داروخانه	۱۳	
	✓	✓	✓	کنار ترالی CPR			لیست داروهای اورژانس و تاریخ مصرف آنها	۱۴	
✓	✓	✓	✓	داخل پوشه			فرم بازدید از مکانهای عمومی	۱۵	
✓	✓	✓	✓			✓	فرم کلر سنجی روزانه	۱۶	
✓	✓	✓	✓	داخل پوشه روی میز کار			جدول گانت آموزشی	۱۷	
✓			✓			✓	جدول اولویتهای آموزشی	۱۸	
✓	✓	✓	✓	روی پوشه روی میز کار			تعداد مدارس و دانش آموزان منطقه	۱۹	
✓	✓	✓	✓			✓	پوستر روش تهیه نمونه لام مالاریا	۲۰	پوسترها
✓	✓	✓	✓			✓	پوستر جدول واکسیناسیون گروه هدف	۲۱	
✓	✓		✓		✓		پوستر رابط سلامت در صورت لزوم	۲۲	
✓	✓	✓	✓	روی میز کار کاردان خانواده			بوکلت چارت های مانا ، کودک سالم ، مادران ، تنظیم خانواده ه و ... (ویژه غیر پزشک)	۲۳	بوکلت ها ، کتب دستورالعملها
	✓	✓	✓	روی میز کار پزشک			بوکلت چارت های مانا ، کودک سالم ، مادران ، تنظیم خانواده و ... ویژه پزشک	۲۴	
✓	✓	✓	✓	روی میز کاردان خانواده			کتاب شیر مادر و شیر مصنوعی	۲۵	
	✓	✓	✓	روی میز کار واحد دارویی			دارونامه	۲۶	
✓	✓	✓	✓	کمد اتاق کارکاردان مبارزه			آخرین چاپ کتابچه راهنمای واکسیناسیون	۲۷	
✓	✓	✓	✓	کمد اتاق کارکاردان مبارزه			دستورالعمل بیماریها	۲۸	
✓	✓	✓	✓			✓	شرح وظایف پرسنل به تفکیک	۲۹	سایر
✓	✓		✓	کلاس آموزشی رابطان			برنامه آموزشی کتابچه آموزشی رابطین	۳۰	
✓	✓		✓	پوشه روی میز			اسامی رابطین مرکز در صورت لزوم	۳۱	
✓	✓	✓	✓	کلاس آموزشی رابطان		✓	شاخص های برنامه رابطین در صورت لزوم	۳۲	
✓	✓	✓	✓	کلاس آموزشی رابطان			تابلوی پیگیری رابطین در صورت لزوم	۳۳	

فرمهای استاندارد مشترک



سازمان بهداشت و آموزش پزشکی
مرکز بهداشت استان

شهرستان:

سال:

برنامه بازدید دهگردشی تیم سلامت در مرکز بهداشتی درمانی روستائی

سمت بازدید کننده	ایام اول					ایام دوم					ایام سوم					ایام چهارم					تاریخ	محل بازدید					
	پنج شنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه	شنبه	پنج شنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه	شنبه	پنج شنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه	شنبه	پنج شنبه	چهارشنبه			سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه	شنبه	
																											روستاهای اصلی با ذکر نام
																										روستاهای قمر با ذکر نام	

* روستای اصلی حداقل هفته ای یک بار و روستای قمر حداقل ماهیانه یک بار توسط یکی از اعضای تیم سلامت پایش شوند.

* در بازدید از روستای قمر بهورز خانه بهداشت همراه تیم باشد. بازدید از خانه بهداشت نباید با بازدید بهورز از روستاهای اقماری تداخل داشته باشد.

* در صورت مشاهده مشکلات در خانه بهداشت فاصله بازدیدها تا زمان رفع مشکلات بایستی کمتر تعیین گردد.



دانشگاه علوم پزشکی
فصلنامه علمی، اجتماعی، هنری

مرکز بهداشت استان

..... سال :

..... شهرستان :

برنامه بازدید دهگردشی تیم سلامت در مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستائی

سمت بازدید کننده	ایام چهارم					ایام سوم					ایام دوم					ایام اول					تاریخ	محل بازدید
	پنج شنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه	پنج شنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه	پنج شنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه	پنج شنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه		
																						روستاهای اصلی با ذکر نام
																						روستاهای قمر با ذکر نام
																						پایگاه های تحت پوشش با ذکر نام
																						مدارس
																						مراکز تهیه و توزیع ، نگهداری و فروش مواد غذایی
																						اماکن عمومی
																						کارگاهها
																						بازدید از محله



دانشگاه علوم پزشکی
فصلنامه علمی، فصلنامه سلامت

مرکز بهداشت استان

شهرستان:

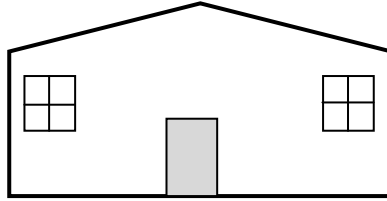
سال:

برنامه بازدید دهگردشی تیم سلامت در مرکز بهداشتی درمانی شهری

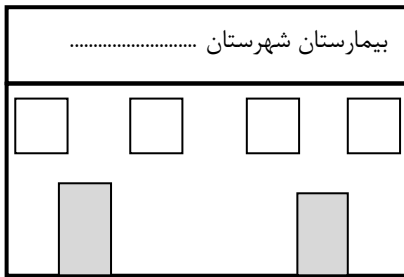
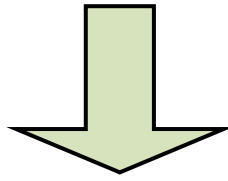
سمت بازدید کننده	ایام چهارم					ایام سوم					ایام دوم					ایام اول					تاریخ	محل بازدید
	پنجشنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه	پنجشنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه	پنجشنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه	پنجشنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه		
																						پایگاه های تحت پوشش با ذکر نام
																						مدارس
																						مراکز تهیه و توزیع ، نگهداری و فروش مواد غذایی
																						اماکن عمومی
																						کارگاهها
																						بازدید از محله

مسیرارجاع مراجعین از مرکز بهداشتی درمانی

مرکز بهداشتی درمانی



نام مرکز:



پزشکان طرف قرارداد سطح دوم

پزشک متخصص اطفال

پزشک متخصص زنان

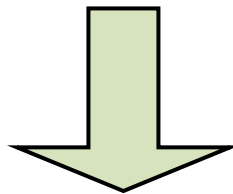
پزشک متخصص داخلی

پزشک متخصص گوش و حلق و
بینی

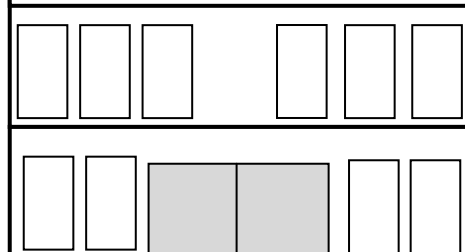
پزشک متخصص جراحی

پزشک متخصص قلب

پزشک متخصص



مراکز آموزشی درمانی فوق تخصصی استان





دانشگاه علوم پزشکی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز بهداشت استان

جدول مشخصات پرسنل شاغل در مرکز بهداشتی درمانی

..... سال :

..... شهرستان :

ملاحظات *	پست سازمانی		رابطه استخدامی						عنوان شغلی فعلی	نام و نام خانوادگی	ردیف
	محل	عنوان	نوع تربیتی	قراردادی	پیم آور	م ر	پیمانی	رسمی			
											۱
											۲
											۳
											۴
											۵
											۶
											۷
											۸
											۹
											۱۰
											۱۱
											۱۲
											۱۳
											۱۴
											۱۵
											۱۶
											۱۷
											۱۸
											۱۹
											۲۰
											۲۱
											۲۲
											۲۳
											۲۴
											۲۵

توضیح : ۱- در ستون ملاحظات مواردی نظیر بازنشستگی، انتقال و جابجایی، پایان طرح و ... ثبت می شود.

۲- این فرم سالیانه تکمیل می شود.



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی - درمانی استان تهران
مرکز بهداشت استان

قابل توجه مراجعین محترم

ساعت کار مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی / پایگاه بهداشتی:

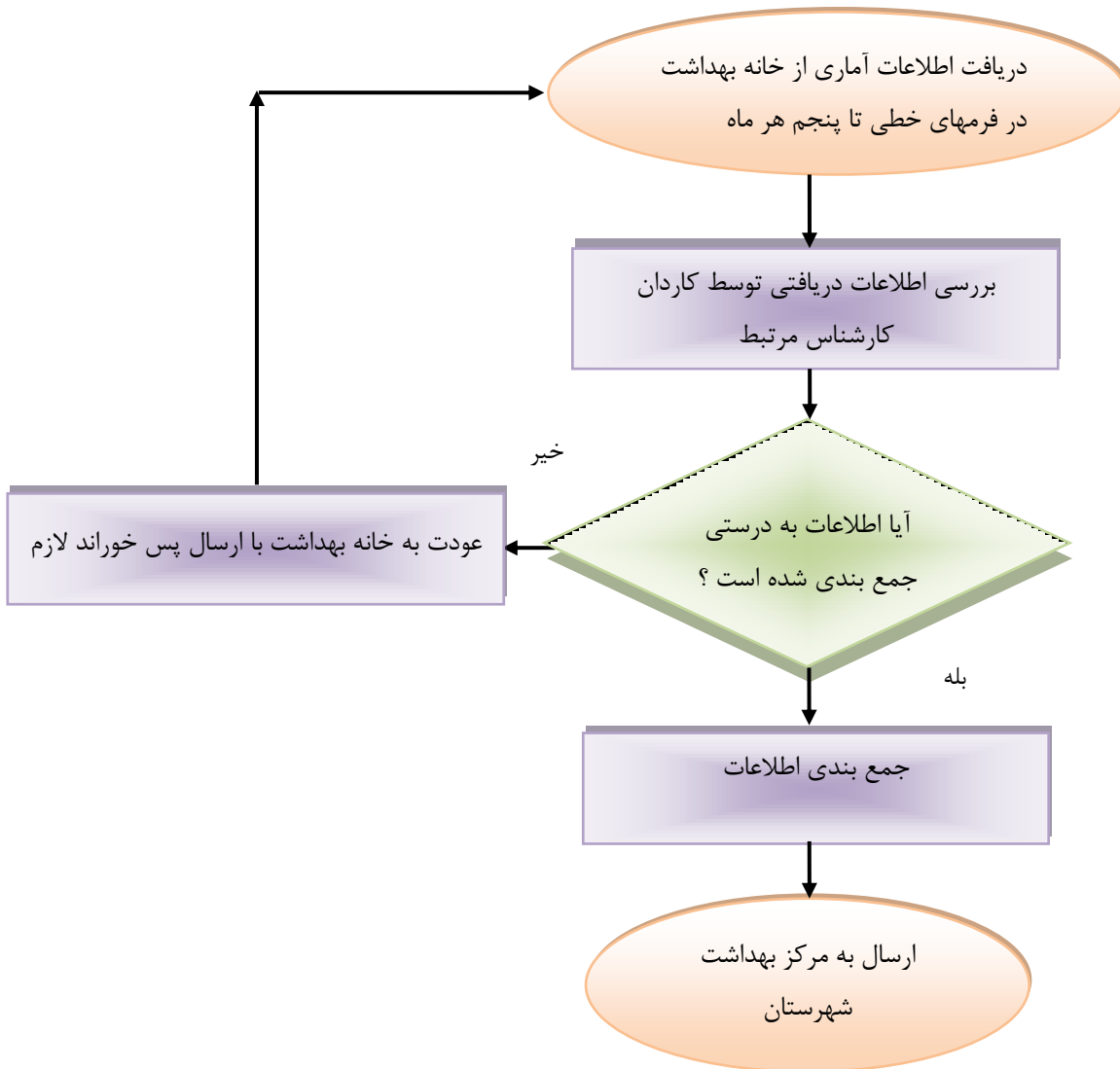
✓ روز های شنبه تا چهارشنبه از ساعت ۷/۳۰ صبح تا ۱۴/۳۰ بعد از ظهر

✓ روز پنج شنبه از ساعت ۷/۳۰ صبح تا ۱۳/۳۰ بعد از ظهر

✓ ساعت کار پزشک خانواده: صبح تا بعد از ظهر

فرم استاندارد گروه گسترش شبکه‌ها

فرایند دریافت آمار ماهیانه بر اساس زمان از مرکز بهداشتی درمانی تا مرکز بهداشت شهرستان



فرمهای استاندارد گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز بهداشت استان

فرم تبدیل ماههای میلادی به شمسی

ماههای شمسی				ماههای میلادی			
۱۲ بهمن	تا	۱۲ دی	برابر است با	ماه اول	JAN	ژانویه	۱
۱۰ اسفند	تا	۱۳ بهمن	برابر است با	ماه دوم	FEB	فوریه	۲
۱۲ فروردین	تا	۱۱ اسفند	برابر است با	ماه سوم	MAR	مارس	۳
۱۱ اردیبهشت	تا	۱۳ فروردین	برابر است با	ماه چهارم	APR	آوریل	۴
۱۱ خرداد	تا	۱۲ اردیبهشت	برابر است با	ماه پنجم	MAY	می	۵
۱۰ تیر	تا	۱۲ خرداد	برابر است با	ماه ششم	JUN	ژوئن	۶
۱۰ مرداد	تا	۱۱ تیر	برابر است با	ماه هفتم	JULY	جولای	۷
۱۰ شهریور	تا	۱۱ مرداد	برابر است با	ماه هشتم	AUG	آگوست	۸
۹ مهر	تا	۱۱ شهریور	برابر است با	ماه نهم	SEP	سپتامبر	۹
۱۰ آبان	تا	۱۰ مهر	برابر است با	ماه دهم	OCT	اکتبر	۱۰
۱۰ آذر	تا	۱۱ آبان	برابر است با	ماه یازدهم	NOV	نوامبر	۱۱
۱۱ دی	تا	۱۱ آذر	برابر است با	ماه دوازدهم	DEC	دسامبر	۱۲

جدول تطبیق سالهای میلادی با شمسی

سال شمسی		سال میلادی	سال شمسی		سال میلادی
۱۳۹۹	۱۴۰۰	۲۰۲۱	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۲۰۱۱
۱۴۰۰	۱۴۰۱	۲۰۲۲	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۲۰۱۲
۱۴۰۱	۱۴۰۲	۲۰۲۳	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۲۰۱۳
۱۴۰۲	۱۴۰۳	۲۰۲۴	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۲۰۱۴
۱۴۰۳	۱۴۰۴	۲۰۲۵	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۲۰۱۵
۱۴۰۴	۱۴۰۵	۲۰۲۶	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۲۰۱۶
۱۴۰۵	۱۴۰۶	۲۰۲۷	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۲۰۱۷
۱۴۰۶	۱۴۰۷	۲۰۲۸	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۲۰۱۸
۱۴۰۷	۱۴۰۸	۲۰۲۹	۱۳۸۷	۱۳۹۸	۲۰۱۹
۱۴۰۸	۱۴۰۹	۲۰۳۰	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۲۰۲۰



مرکز بهداشت استان

انواع واکسن ها، ماهیت، علامت اختصاری، مقدار، راه تجویز و شرایط نگهداری آنها

نام واکسن	ماهیت	علامت اختصاری	مقدار و راه تجویز	شرایط نگهداری در محل واکسیناسیون
سه گانه	توکسوئیدکزاز ، توکسوئید دیفتری و باکتری کشته شده سیاه سرفه	<i>DTP</i>	۰/۵ میلی لیتر ، تزریق عضلانی	۸ - ۲ درجه سانتی گراد (طبقه میانی یا پایینی یخچال)
دوگانه	توکسوئیدکزاز و توکسوئید دیفتری (خردسالان و بزرگسالان)	<i>DT</i> (خردسال) <i>dT</i> (بزرگسال)	۰/۵ میلی لیتر ، تزریق عضلانی	۸ - ۲ درجه سانتی گراد (طبقه میانی یا پایینی یخچال)
ب. ث. ژ	باسیل کالمت و گرن	<i>B.C.G</i>	زیر یکسال ۰/۰۵ میلی لیتر داخل جلدی ، بالاتر از یک سال ۰/۱ میلی لیتر داخل جلدی	۸ - ۲ درجه سانتی گراد (طبقه فوقانی یخچال)
سرخک ، سرخجه اوریون	ویروس زنده ضعیف شده سرخک ، سرخجه و اوریون	<i>M.M.R</i>	۰/۵ میلی لیتر ، تزریق زیر جلدی	۸ - ۲ درجه سانتی گراد (طبقه فوقانی یخچال)
فلج اطفال	ویروس سه گانه زنده ضعیف شده	<i>O.P.V</i>	۲ قطره خوراکی	۸ - ۲ درجه سانتی گراد (طبقه فوقانی یخچال)
	ویروس کشته شده	<i>I.P.V</i>	۰/۵ میلی لیتر ، زیر جلدی یا عضلانی	
هپاتیت ب	آنتی ژن سطحی ویروس	<i>H.B</i>	برای کودکان زیر ده سال ۰/۵ میلی لیتر ، برای افراد ده سال و بالاتر یک میلی لیتر تزریق عضلانی ، برای بیماران دیالیزی و تالاسمی دو برابر مقدار دوز توصیه شده ، برای بیماران هموفیلی تزریق زیر جلدی	۸ - ۲ درجه سانتی گراد (طبقه میانی یا پایینی یخچال)

توضیحات :

۱- در خصوص طریقه مصرف واکسن ها چنانچه دستورالعمل مشخصی از طرف مرکز مدیریت بیماریها ارسال نشده باشد ، مراعات کامل دستور العمل کارخانه سازنده ضروری است .

۲- واکسن های سه گانه ، دوگانه و هپاتیت *B* درمقابل یخ زدگی تغییر ماهیت می دهند ، در این صورت از مصرف آنها باید جداً خودداری کرد .

۳- کلیه واکسنها باید تا لحظه تجویز بایستی در دمای ذکر شده نگهداری شوند.

۴- حلال واکسنهای *M.M.R* و *B.C.G* در واحد مصرف کننده باید در یخچال نگهداری شود.

فرمهای استاندارد گروه بهداشت محیط و حرفه ای



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی و درمانی گیلان
مرکز بهداشت استان

فرم کلسنجی آب آشامیدنی (شبکه لوله کشی - کلر مادر)

ماه سال

کلر باقیمانده <i>PPM</i>	<i>PH</i>	تاریخ	ساعت	محل نمونه برداری	تعداد	کلر باقیمانده <i>PPM</i>	<i>PH</i>

شود.

بی و یا پایگاه بهداشت توسط بازرس بهداشت محیط تکمیل می گردد.

فرمهای استاندارد واحد دارویی



مرکز بهداشت استان

ثبت اقلام داروهای اورژانسی در اتاق کار پزشکان مراکز بهداشتی درمانی

تاریخ انقضا	تعداد	نام دارو	ردیف	تاریخ انقضا	تعداد
		سرم قندی ۵۰۰	۲۵		
		آمپول رانیتیدین	۲۶		
		پرل نیتروگلیسرین زیر زبانی	۲۷		
		کپسول نیفیدپین	۲۸		
		قطره تترا کائین	۲۹		
		اسپری سالبوتامول	۳۰		
		شیاف استامینوفن اطفال	۳۱		

		سر سوزن ۲۱-۲۲-۲۳	۳۵		
		یورین بگ ۱.۵	۳۶		
		سوند معده	۳۷		
		سوند فولی	۳۸		
		سوند نلاتون	۳۹		
		ژل لوبریکانت	۴۰		
		لوله تراشه کاف دار	۴۱		
		ایروی	۴۲		
		آمبویگ	۴۳		
		اتوسکوپ	۴۴		
		لارنگوسکوپ	۴۵		

