

فرم شماره ی ۲: ثبت عملکرد سفیران سلامت

نام شهرستان:

نام پایگاه سلامت/ پایگاه پزشک خانواده/ فانه ی بهداشت:

میزان فعالیت سفیر سلامت			وضعیت عضویت در گروه های خودیار		وضعیت دریافت راهنماهای ملی خودمراقبتی و بسته های آموزشی متناسب با بیماری مزمن سفیر سلامت یا اعضای خانواده ی او					وضعیت تکمیل زیج خود مراقبتی توسط سفیر سلامت				ابتلا به بیماری های مزمن				شماره خانوار تحت پوشش	نام و نام خانوادگی سفیر سلامت	تاریخ		
										سفیر برای اعضای خانواده		سفیر برای خود									اعضای خانوار	
فعال از نظر اجتماعی	فعال از نظر خانوادگی	فعال از نظر فردی	خوب	بسیار خوب	بسته ی متناسب با بیماری مزمن	خود مراقبتی برای داشتن سبک زندگی سالم	خود مراقبتی در بیماری های مزمن	خود مراقبتی در بیماری های حاد	خود مراقبتی در ناخوشی های جزئی	خوب	بلی	خوب	بلی	خوب	بلی	خوب	بلی	خوب	بلی	خوب	بلی	

*وضعیت فعالیت:

دوره های آموزشی برگزار شده را گذارنده و بسته های آموزشی را دریافت کرده است.
 آموزش ها را به خانواده منتقل کرده و آموزش ها را در عمل بکار برده
 در شوراهای محلی، تشکل های مردمی یا گروه های خودیار عضو است

- ✓ فعال از نظر فردی:
- ✓ فعال از نظر خانوادگی:
- ✓ فعال از نظر اجتماعی: