

فرم ثبت اطلاعات سفیر سلامت در برنامه‌ی خود مراقبتی

نام شهرستان: نام پایگاه سلامت / پایگاه پزشک خانواده / خانه‌ی بهداشت:

نام و نام خانوادگی سفیر سلامت: شماره‌ی پرونده‌ی خانوار تحت پوشش:

تاریخ تولد: سطح تحصیلات: پست الکترونیک (اختیاری):

شماره‌ی تماس: منزل: تلفن همراه:

تعداد اعضای خانوار تحت پوشش: تاریخ عضویت به عنوان سفیر سلامت:

نوع همکاری به عنوان سفیر سلامت:  سفیر سلامت خانواده  سفیر سلامت افتخاری

وضعیت فعالیت\*:  فعال از نظر فردی  فعال از نظر خانوادگی  فعال از نظر اجتماعی  غیر فعال

مشخصات دوره‌هایی که سفیر سلامت طی نموده است					
نوع آموزش		مدت آموزش	تاریخ شرکت	نام دوره	سایر موضوعات با ذکر نام
غیر حضوری	حضوری				
				خود مراقبتی در ناخوشی‌های جزئی	
				خود مراقبتی در بیماری‌های حاد	
				خود مراقبتی در بیماری‌های مزمن	
				خود مراقبتی برای داشتن سبک زندگی سالم	

\* وضعیت فعالیت:

- ✓ فعال از نظر فردی: دوره‌های آموزشی برگزار شده را گذارنده و بسته‌های آموزشی را دریافت کرده است.
- ✓ فعال از نظر خانوادگی: آموزش‌ها را به خانواده منتقل کرده و آموزش‌ها را در عمل بکار برده است.
- ✓ فعال از نظر اجتماعی: در شوراهای محلی، تشکل‌های مردمی یا گروه‌های خودیار عضو است.