فرم شماره ۱ (ثبت مشخصات سفیر سلامت و مشخصات کلی خانوار تحت پوشش سفیران سلامت): سطح خانه بهداشت/ پایگاه سلامت

تاریخ: سال:

ردیف	شماره پرونده خانوار ۱	تعداد اعضای خانوار ۲	نام و نام خانوادگی سفیر سلامت ۳	سطح تحصیلات ٤	سفیر افتخاری ٥			تاریخ عضویت ٦	تاریخ تولد ۷	جنس ۸	وضعیت دوره‌های آموزشی						وضعیت فعالیت* ١٤			عضو گروه خودیار ١٥		ابتلا به بیماری مزمن (خود و یا اعضای خانوار) ١٦		دریافت بسته آموزشی ١٧		توضیحات
					بله	خیر	شماره پرونده خانوارهای تحت پوشش				نام دوره ۹	تاریخ ۱۰	مدت ۱۱	نحوه‌ی شرکت در دوره آموزشی ۱۲		امتیاز کسب شده در دوره ۱۳	فعال از نظر فردی	فعال از نظر خانوادگی	فعال از نظر اجتماعی	بله	خیر	بله (نوع بیماری)	خیر	بله (نام بسته)	خیر	
														حضوری	غیر حضوری										

نام و نام خانوادگی مراقب سلامت تکمیل کننده فرم : **تاریخ تکمیل فرم :**

* وضعیت فعالیت:

- ✓ فعال از نظر فردی: گذراندن دوره‌های آموزشی و تکمیل زیج خودمراقبتی برای خود
- ✓ فعال از نظر خانوادگی: تکمیل زیج خودمراقبتی برای اعضای خانوار و انتقال آموزش‌ها به آنها
- ✓ فعال از نظر اجتماعی: عضویت در شوراهای محلی/ استانداری و فرمانداری/ تشکل‌های مردمی و گروه‌های خودیار

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۱: سطح خانه بهداشت / پایگاه سلامت

در قسمت بالای فرم، نام خانه بهداشت یا پایگاه سلامت و ماه و سال درج گردد.

در ستون شماره ۱: شماره پرونده الکترونیک خانوار نوشته می‌شود.

در ستون شماره ۲: تعداد اعضای خانوار، نوشته می‌شود.

در ستون شماره ۳: نام و نام خانوادگی سفیر سلامت خانوار نوشته می‌شود.

در ستون شماره ۴: آخرین مدرک تحصیلی سفیر سلامت نوشته می شود.

در ستون شماره ۵: اگر سفیر سلامت علاوه بر خانوار خود، سفیر سلامت برای خانوارهای دیگر شده باشد، قسمت بله علامت (✓) زده و شماره پرونده خانوارهای تحت پوشش نوشته می‌شود.

در ستون شماره ۶: تاریخی که فرد در پورتال خودمراقبتی فردی عضو شده است، نوشته می‌شود.

در ستون شماره ۷: تاریخ تولد سفیر سلامت نوشته می‌شود.

در ستون شماره ۸: جنسیت (مونث/مذکر) در این ستون نوشته می‌شود.

در ستون شماره ۹: نام دوره‌هایی که سفیر سلامت شرکت کرده است، نوشته می‌شود.

در ستون شماره ۱۰: تاریخی که دوره آموزشی را گذرانده است، نوشته می‌شود

در ستون ۱۱: مدت زمان برگزاری دوره مذکور، نوشته می‌شود.

در ستون شماره ۱۲: در این بخش مشخص می‌گردد که سفیر سلامت دوره آموزشی را به صورت حضوری گذرانده است یا آن‌لاین

در ستون شماره ۱۳: امتیاز کسب شده در ارزشیابی دوره آموزشی، نوشته می‌شود.

در ستون شماره ۱۴:وضعیت فعالیت سفیر سلامت در این ستون مشخص می‌گردد و در قسمت مربوطه علامت (✓) زده می‌شود.

در ستون شماره ۱۵: در صورت عضویت در گروه خودیار، قسمت بله علامت (✓) زده می‌شود.

در ستون شماره ۱۶: در صورتی که خود و یا اعضای خانوار مبتلا به بیماری‌های مزمن باشد، در قسمت بله «نوع بیماری» نوشته می‌شود.

در ستون شماره ۱۷: در صورت دریافت بسته‌های آموزشی، در قسمت بله «نام بسته آموزشی» نوشته می‌شود.

فرم شماره ۲ (ثبت اقدامات برای تشکیل محیط حامی سلامت): سطح خانه بهداشت / پایگاه سلامت

تاریخ: **سال:**

ردیف	سازمان‌ها/شوراهای تحت پوشش ۱	ثبت در پورتال ۲		تاریخ هماهنگی برای برگزاری دوره آموزشی ۳	توضیحات
		بله	خیر		

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : **تاریخ تکمیل فرم :**

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۲: سطح خانه بهداشت / پایگاه سلامت

در قسمت بالای فرم، نام خانه بهداشت یا پایگاه سلامت و ماه و سال درج گردد.

در ستون شماره ۱: نام سازمان‌ها و شوراهای تحت پوشش، لیست می‌شود.

در ستون شماره ۲: در صورتی که سازمان و یا شورا در پورتال ملی خودمراقبتی ثبت شده باشد، قسمت بله علامت (✓) زده می‌شود.

در ستون شماره ۳: تاریخ هماهنگی‌ها با سطح بالاتر به منظور برگزاری دوره‌های آموزشی در سازمان‌ها و شوراها، نوشته می‌شود.

فرم شماره ۳ (بررسی گروه‌های خودیار): سطح خانه بهداشت / پایگاه سلامت

تاریخ: **سال:**

ردیف	نام گروه خودیار ۱	تعداد اعضای گروه ۲	نوع گروه ۳		تاریخ اولین جلسه توجیهی ۴	نام دوره آموزشی برگزار شده ۵	تاریخ شرکت در جلسات گروه خودیار ۶	امتیاز پایش ۷	توضیحات
			حقیقی	مجازی					

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : **تاریخ تکمیل فرم :**

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۳: سطح خانه بهداشت / پایگاه سلامت

در قسمت بالای فرم، نام خانه بهداشت یا پایگاه سلامت، ماه و سال درج گردد.

ستون شماره ۱: نام گروه خودیار تشکیل شده در جمعیت تحت پوشش، نوشته می شود. به طور مثال گروه خودیار فشار خون

ستون شماره ۲: تعداد اعضای هر گروه خودیار نوشته می‌شود.

ستون شماره ۳: نوع گروه خودیار در این قسمت علامت زده می‌شود.

ستون شماره ۴: تاریخ برگزاری اولین جلسه توجیهی برای اعضای گروه، نوشته می‌شود.

ستون شماره ۵: در صورتی که گروه خودیار دوره آموزشی مورد نیاز خود را اعلام نموده است، نام دوره آموزشی که کارشناس مراقب سلامت / بهورز در برگزاری آن همکاری کرده است، نوشته می‌شود.

ستون شماره ۶: تاریخ شرکت در جلسات حضوری گروه خودیار نوشته می‌شود. کارشناس مراقب سلامت / بهورز به صورت فصلی در این جلسات باید شرکت نماید.

ستون شماره ۷: امتیاز کسب شده در پایش گروه خودیار نوشته می‌شود.

فرم شماره ۴ (بررسی محیط‌های حامی سلامت): سطح شهرستان

تاریخ: **سال:**

ردیف	سازمان‌ها/ شوراهای تحت پوشش ۱	ثبت در پورتال ۲		برگزاری کارگاه برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی ۳		ارزشیابی کارگاه ۴		ارائه برنامه عملیاتی ۵		تایید برنامه عملیاتی ۶		امتیاز پایش ۷	
		بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر	بلی	خیر	ارزشیابی داخلی	ارزشیابی خارجی

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : **تاریخ تکمیل فرم :**

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۴: سطح شهرستان

این فرم فصلی تکمیل می‌گردد. در قسمت بالای فرم، نام مرکز بهداشت شهرستان و ماه و سال درج گردد.

در ستون شماره ۱: نام سازمان‌ها و شوراهای تحت پوشش، لیست می‌شود.

در ستون شماره ۲: در صورتی که سازمان و یا شورا در پورتال ملی خودمراقبتی ثبت شده باشد، قسمت بله علامت (✓) زده می‌شود.

در ستون شماره ۳: در صورت برگزاری کارگاه برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی، قسمت بله علامت (✓) زده می‌شود.

در ستون شماره ۴: در صورتی که کارگاه برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی ارزشیابی شده باشد، قسمت بله علامت (✓) زده می‌شود.

در ستون شماره ۵: در صورت ثبت برنامه عملیاتی توسط محیط حامی سلامت در پورتال ملی خودمراقبتی، قسمت بله علامت (✓) زده می‌شود.

در ستون شماره ۶: در صورت تایید برنامه عملیاتی محیط حامی سلامت از طریق پورتال، قسمت بله علامت (✓) زده می‌شود.

در ستون شماره ۷: امتیاز کسب شده در ارزشیابی داخلی (توسط خود محیط حامی سلامت) و ارزشیابی خارجی (توسط کارشناس آموزش سلامت شهرستان) براساس چک لیست، نوشته می‌شود.