|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکیکد: 02، 8دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشانشهرستان..................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| کد فرم | 2-3-1 | و 3 |
| ماه | فصل | سال |

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری 🞏 روستائی 🞏 مرکز بهداشتی شهرستان 🞏 استان 🞏 |

فرم گزارش خدمات بهداشت دهان و دندان

|  |
| --- |
| جمعیت تحت پوششتعداد زنان باردار: تعداد کودکان 6 تا 12 سال:تعداد کودکان زیر 6 سال: سایرین: |
| گروه سنی و جنسیخدمات بهداشتی | زیر 6 سال | 6 تا 12 سال | 13 سال به بالا | جمع |
| زنان باردار | سایرین |
| معاینه |  |  |  |  |  |
| کشیدن دندان |  |  |  |  |  |
| ترمیمی | آمالگام |  |  |  |  |  |
| کامپوزیت |  |  |  |  |  |
| گلاس ایونومر |  |  |  |  |  |
| جرمگیری و بروساژ |  |  |  |  |  |
| درمان پالپ زنده |  |  |  |  |  |
| پالپوتومی |  |  |  |  |  |
| فلوراید تراپی |  |  |  |  |  |
| فیشورسیلانت |  |  |  |  |  |
| کشیدن ریشه دندان |  |  |  |  |  |
| تعداد دفعات مراجعه |  |  |  |  |  |

تعداد خانه بهداشت / پایگاه بهداشت: ............................... تعداد دفعات نظارت $\frac{دندانپزشک}{بهداشتکار}$ بر $\frac{بهداشت پایگاه}{بهداشت خانه}$ ......................

تعداد دفعات نظارت کارشناس بهداشت دهان و دندان شهرستان بر واحد های تحت پوشش: ...................................

تعداد دفعات نظارت کارشناس بهداشت دهان و دندان استان: ..................... تعداد نفر روز کارکرد در واحد: ..........................

|  |
| --- |
| تعداد مراکز بهداشتی درمانی دارای واحد دندانپزشکی : .................... تعداد دندانپزشک: ................... تعداد بهداشتکار:............... |
| تاریخ تکمیل فرم: ............................. نام و امضاء تکمیل کننده: ...................................... نام و امضاء مسئول واحد: ................... |