|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  کد: 02، 8  دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان  شهرستان..................................   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 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 پوشش  تعداد زنان باردار: تعداد کودکان 6 تا 12 سال:  تعداد کودکان زیر 6 سال: سایرین: | | | | | | |
| گروه سنی و جنسی  خدمات 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 بر ......................

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: ................... |