

فرم شماره ۳

تدوین برنامه عملیاتی مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت

مرکز بهداشت شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت: خانه بهداشت:

عنوان مشکل اولویت‌دار:					
هدف کلی:					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری ۱):					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری ۲):					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری ۳):					
استراتژی: آموزش					
فعالیت‌های مرتبط با آموزش					
انجام شد	زمان اجرا	مسئول پیگیری	مسئول اجرا	شماره هدف اختصاصی	رئوس فعالیت‌ها

نام و نام خانوادگی پزشک مسئول مرکز: تاریخ تکمیل فرم: امضاء و مهر