فرم شماره ۳

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

فرم اولویت‌بندی مشکلات سلامت تیم سلامت

نام شهرستان ..... نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت ..... نام خانه بهداشت ..... تاریخ جلسه .....

ردیف	فهرست مشکلات سلامت	شاخص فعلی مشکل (برنامه)	تعیین میزان اولویت مشکل							رتبه مشکل
			شیوع و فراوانی	شدت مشکل	فوریت مداخله	امکان مداخله	اثربخشی مداخله		جمع نمرات	
			۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵		