وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

فرم شماره ۸

فرم بررسی و اولویت‌بندی عوامل موثر دربروز مشکل اولویت‌دار سلامت

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

عنوان مشکل اولویت‌دار :..... گروه/ گروه‌های هدف:.....

ردیف	عوامل رفتاری موثر در بروز مشکل	تعیین میزان اولویت عوامل موثر بر بروز مشکل							رتبه عامل
		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		
ردیف	عوامل غیر رفتاری موثر در بروز مشکل	شیوع و فراوانی	شدت مشکل	فوریت مداخله	امکان مداخله	اثربخشی مداخله		جمع نمرات	رتبه عامل
		۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵		