

کد فرم ۱۰۳-۲

روز ..... ماه ..... سال

نام واحد: .....

شهرستان .....

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری  روستایی   
مرکز بهداشتی شهرستان  استان

فرم گزارش خدمات بهداشت دهان و دندان

جمعیت تحت پوشش

تعداد کودکان ۶ تا ۱۲ سال:

تعداد زنان باردار:

سایرین:

تعداد کودکان زیر ۶ سال:

جمع	۱۳ سال به بالا		۶ تا ۱۲ سال	زیر ۶ سال	گروه سنی	خدمات بهداشتی درمانی
	سایرین	زنان باردار				
						معاینه
						کشیدن دندان
						ترمیمی
						آمالگام
						کامپوزیت
						گلاس آیونومر
						جرمگیری و پروساز
						رادیوگرافی
						پالپوتومی
						فلوراید تراپی
						فیشر سیلانت
						ارجاع از خانه بهداشت / پایگاه بهداشت
						تعداد دفعات مراجعه

تعداد خانه بهداشت / پایگاه بهداشت: ..... تعداد دفعات نظارت دندانپزشک بر پایگاه بهداشت .....  
بهداشتکار

تعداد دفعات نظارت کارشناس بهداشت دهان و دندان شهرستان بر واحدهای 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 .....