**فرم بررسی گروه های خودیار**

**دانشگاه علوم پزشکی .............../ شبکه بهداشت و درمان شهرستان ...............**

**مرکز جامع خدمات سلامت ........................... پایگاه سلامت/ خانه بهداشت ..............................**

**موضوع گروه خودیار: نام رهبر گروه: تعداد اعضای گروه: نام تکمیل کننده فرم:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **امتیاز پایش گروه** | **تاریخ پایش گروه** | **تاریخ شرکت مراقب سلامت/بهورز در جلسات گروهی** | **تاریخ جلسات برگزار شده توسط گروه خودیار** | **تاریخ برگزاری اولین جلسه توجیهی** | **نوع گروه خودیار** | | **شماره تماس** | **نام و نام خانوادگی اعضای گروه** | **ردیف** |
| **مجازی** | **حقیقی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  | 13 |
|  |  |  |  | 14 |
|  |  |  |  | 15 |

\* تعداد جلسات برگزار شده توسط گروه خوديار به صورت حداقل ماهي يكبار.

\* مراقب سلامت/ بهورز حداقل ماهي يكبار در جلسات گروه خوديار بايستي شركت نمايند.

\* پايش گروه خوديار طبق چك ليست پايش عملكرد گروه خوديار به صورت فصلي توسط مراقب سلامت/ بهورز از گروه خوديار انجام مي گيرد. و تاريخ پايش و امتياز آن در اين بخش نيز ثبت گردد.