**پیوست 4: فرم هایی که در پوشه الکترونیک هر داوطلب سلامت باید موجود باشد**

**1- فرم خانوار های تحت پوشش داوطلب سلامت محله**

**پایگاه سلامت/ خانه بهداشت ............... نام و نام خانوادگی داوطلب سلامت محله ...................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فرد سالمند در خانوار** | **زن باردار در خانوار** | **نيازمند مشاوره فرزندآوري** | **فرزند زیر 2 سال در خانوار** | **تعداد افراد خانوار** | **کد ملی سرپرست خانوار** | **نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* مطابق استاندارد انتظار می رود هر داوطلب سلامت شناخت کاملی نسبت به گروه های پرخطر در خانوارهای تحت پوشش داشته باشد.**