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

**2- فرم گزارش ماهیانه وقایع حیاتی**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **وقایع حیاتی خانوار تحت پوشش رابط سلامت محله** | | | | | | | | | **اطلاعات سرپرست خانوار** | | **شماره ساختمان ( پلاک منزل)** | **تاریخ** |
| **طلاق** | | **ازدواج ( مشاوره فرزندآوری)** | | **فوت** | | **مهاجرت** | | **تولد** | **کد ملی سرپرست خانوار** | **نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار** |
| **کد ملی فرد مطلقه** | **نام و نام خانوادگی فرد مطلقه** | **کد ملی فرد ازدواج کرده** | **نام و نام خانوادگی فرد ازدواج کرده** | **کد ملی فرد متوفی** | **نام و نام خانوادگی متوفی** | **مهاجرت از منطقه ( تعداد افراد)** | **مهاجرت به منطقه ( تعداد افراد)** | **جنسیت ( دختر/ پسر)**  **تاریخ تولد ( روز/ ماه/ سال)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* انتظار می رود هر داوطلب سلامت با برقراری ارتباط موثر حتی به صورت مجازی از اطلاعات جمعیتی خانوارهای تحت پوشش مطلع باشد و جهت خانوارهای تحت پوشش و تبادل اطلاعات، گروه در شبکه های مجازی تشکیل دهد.**