**فرم گزارش بازدید انجام شده جهت ارسال به شهرستان ها شبکه بهداشت و درمان شهرستان .....................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **واحد بازدید** | **نقاط قوت** | **نقاط قابل اصلاح** | **مسئول پی گیری** | **مدت زمان لازم جهت پی گیری** | **پیشنهادات ناظر** |
| مرکز بهداشتی درمانی ................... |  |  |  |  |  |
| **خانه بهداشت**  **.....................**  **نام بهورز...............** |  |  |  |  |  |
| **عملکرد پزشک مرکز بهداشتی درمانی**  **..................**  **آقا/خانم دکتر**  **..................** |  |  |  |  |  |
| **عملکرد ماما مرکز بهداشتی درمانی..................**  **آقا/خانم ..................** |  |  |  |  |  |
| **عملکرد مسئول گروه توسعه خانم/آقای................................** |  |  |  |  |  |