

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

فرم فصلی گزارش عملکردآموزشی

**سه ماهه ماه**  **سال: دانشگاه علوم پزشكي:**اراک

**مرکز جامع خدمات سلامت:** .......................................................... **شهرستان:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **پایگاه ها** | **کلاس های آموزش گروهی برگزار شده برای جمعیت عمومی** | | | | | | | | | | | | **کلاس آموزشی برگزار شده برای پرسنل بهداشتی و درمانی** | | | | | | | | | | | |
| **مهارتهای زندگی** | **مهارتهای فرزند پروری(2-12) سال** | **نوجوان سالم من(12-18) سال** | **پیشگیری از خودکشی** | **اختلالات روانپزشکی** | **آسیب های روانی ناشی از حوادث و بلایا** | **پیشگیری از سوءمصرف مواد** | **کاهش آسیب سوءمصرف مواد** | **مداخلات اجتماع محور** | **پیشگیری از خشونت** | **اموزش مهارتهای زندگی(انفرادی)** | **اموزش مهارتهای فرزند پروری (انفرادی)** | **مهارتهای زندگی** | **مهارتهای فرزند پروری(2-12)**  **سال** | **نوجوان سالم من(12-18) سال** | **پیشگیری  از خودکشی** | **اختلالات روانپزشکی** | **آسیب های روانی ناشی از حوادث و بلایا** | **پیشگیری از سوءمصرف مواد** | **کاهش آسیب سوءمصرف مواد** | **مداخلات اجتماع محور** | **پیشگیری از خشونت** | **اموزش مهارتهای زندگی(انفرادی)** | **اموزش مهارتهای فرزند پروری (انفرادی)** |
| **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** | **نفر** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**تاریخ تکمیل فرم امضاءتکمیل کننده (کارشناس سلامت روان مرکزجامع خدمات سلامت):**

**امضاء مسئول مرکز جامع سلامت:**