**فرم شماره 4- (ب)**

**گزارش فصلي سنجش نمك هاي خوراكي مصرفي اماكن عمومي و مراكز عرضه موادغذايي**

**به وسيله كيت يدسنج**

**نام دانشگاه/دانشكده : علوم پزشکی استان مرکزی**

**تاريخ تنظيم : ................................. فصل ................. سال ......................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **اماكن** | **تعداد مراكز موجود●** | **تعداد مراكز بازديد شده** | **تعداد مواردی كه نمك يددار** **تصفيه شده يا شستشو شده**  | **تعداد موارد** **نمک فاقد ید**  |
| **بوده** | **نبوده** |
| **بيمارستان** |  |  |  |  |  |
| **رستوران و اماكن بين راهي**  |  |  |  |  |  |
| **اغذيه فروشي(ساندويج، پيتزا \_ قهوه خانه \_ كبابي و ....)** |  |  |  |  |  |
| **غذاخوري، سلف سرويس و بوفه هاي سربازخانه ها، زندان ها، مراكز نظامي و انتظامي** |  |  |  |  |  |
| **غذاخوري، سلف سرويس و بوفه هاي كارگاه ها و كارخانه ها** |  |  |  |  |  |
| **مهدكودك، روستا مهد، مراكز توانبخشي و آسايشگاه سالمندان** |  |  |  |  |  |
| **بوفه‌هاي مدارس، مراكز آموزشي، مدارس شبانه روزي و دانشگاه ها** |  |  |  |  |  |
| **سلف سرويس ادارات، سازمان ها و دانشگاه ها** |  |  |  |  |  |
| **مراكز طبخ و توزيع غذا (مراكز فاقد محل سرو)** |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی مسئول تنظيم فرم:**

 **نام و نام خانوادگي كارشناس مسئول بهداشت محيط شهرستان/ استان :**

 **امضاء امضاء**

**● منظور از تعداد مراكز موجود تعداد مراكز فعال طبق آخرين آمارگيري انجام شده در مركز بهداشتي درماني مي باشد.**

**●● اين جدول بعد از تكميل هر فصل يك بار از معاونت بهداشتي دانشگاه / دانشكده به مركز سلامت محيط و كار ارسال گردد.**

**فرم شماره 5**

**گزارش سنجش نمك هاي خوراكي (يددار تصفيه شده یا شستشو شده)**

**در سطح خانوارهاي روستايي**

**نام دانشگاه: علوم پزشکی استان مرکزی**

**نام شبکه / مرکز بهداشت شهرستان:**

**تاريخ تنظيم:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **روستا** | **تعداد كل خانوار** | **تعداد خانوارهايي كه از نمك خوراكي يددار تصفيه شده یا شستشو شده استفاده مي كنند** | **درصد** |
| **اصلي** |  |  |  |
| **قمر** |  |  |  |
| **جمع** |  |  |  |

**نام و نام خانوادگي تكميل كننده فرم:**

**امضاء**

**فرم شماره 6**

**گزارش سنجش نمك هاي خوراكي (يددار تصفيه شده یا شستشو شده)**

**در سطح مدارس روستايي**

**نام دانشگاه: علوم پزشکی استان مرکزی**

**نام شبکه / مرکز بهداشت شهرستان:**

**تاريخ تنظيم:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تعداد کل دانش آموزان** | **تعداد نمونه های بررسی شده** | **شش ماهه اول سال** | **شش ماهه دوم سال** |
| **تعداد نمونه های حاوی ید** | **تعداد نمونه های فاقد ید** | **تعداد نمونه های حاوی ید** | **تعداد نمونه های فاقد ید** |
| **تصفیه شده یا شستشو شده بوده** | **تصفیه نشده یا شستشو نبوده** |  | **تصفیه شده یا شستشو شده بوده** | **تصفیه نشده یا شستشو نبوده** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگي تكميل كننده فرم : تاريخ تكميل :**

**امضاء**