

« دستورالعمل تکمیل فرم گزارش خدمات دهان و دندان (۲-۱۰۳) »

۱. این فرم در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی توسط دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان بر اساس دفتر مراجعات روزانه و چک لیست ها هر ماه تکمیل می گردد و پس از تأیید رئیس مرکز بهداشتی درمانی ، حداکثر تا پنجم ماه بعد به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.

۲. در مرکز بهداشت شهرستان اطلاعات ارسالی از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به طور جداگانه در دو فرم جمع بندی و پس از تأیید کارشناس مسئول واحد بهداشت دهان و دندان شهرستان به صورت فصلی تا پایان هفته دوم ماه بعد به مرکز بهداشت استان ارسال می شود.

• **جمعیت تحت پوشش:** جمعیت گروههای مورد نظر که در حوزه آن مرکز بهداشتی / مرکز شهرستان هستند ، بایستی با هماهنگی واحد گسترش ، حتماً ثبت گردد.

• **خدمات بهداشتی درمانی:** در این قسمت در صورتیکه فردی هنگام مراجعه چند نوع خدمت دریافت نماید تعداد خدمات دریافت شده محاسبه می گردد. مثلاً اگر برای مراجعه کننده در همان جلسه یک دندان کشیده شود و رادیوگرافی نیز صورت گیرد خدمات انجام شده در هر قسمت منظور می گردد.

♦ **توجه :** واحد محاسبه خدمات در معاینه ، جرمگیری ، بروساژ و فلورایدتراپی فرد و در سایر موارد واحد

محاسبه دندان می باشد(مثل کشیدن ، ترمیم و ...).

✓ **تعداد دفعات مراجعه:** اگر فردی برای دریافت خدمات چندین بار مراجعه در روزهای مختلف همان ماه داشته باشد به ازای هر بار مراجعه یک مرتبه محسوب می شود. لذا تعداد دفعات مراجعه رابطه ای با جمع خدمات ارائه شده ندارد.

✓ تعداد خانه بهداشت / پایگاه بهداشت: منظور تعداد خانه ها یا پایگاه های بهداشتی که تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دارای یونیت دندانپزشکی هستند، می باشد.

✓ **تعداد دفعات نظارت بر خانه بهداشت / پایگاه بهداشت:** توسط بهداشتکار/ دندانپزشک شاغل در مرکز بهداشتی درمانی با استفاده از چک لیستهای مربوطه ، دفعات نظارت بر خانه یا پایگاه بهداشت تعیین و در فرم ثبت می گردد.

♦ **توجه :** تعداد مراکز بهداشتی درمانی دارای یونیت ، تعداد دندانپزشک ، تعداد دفعات نظارت کارشناس شهرستان و استان در واحدهای تحت پوشش فقط در واحدهای آمار مرکز بهداشت شهرستان و استان تکمیل می گردد.

✓ **تعداد نفر روز کارکرد واحد:** منظور جمع تعداد روزهای فعال ارائه خدمات دندانپزشک / بهداشتکار می باشد. برای مثال اگر در یک مرکز در یک روز دو نفر دندانپزشک فعالیت داشته اند باید ۲ نفر روز کاری در نظر گرفته شود.

- تکمیل قسمتهای بالا و پایین فرم ، به صورت خوانا و کامل الزامی است .
- مسنولیت صحت اطلاعات مندرج در فرم به عهده مسئول واحد می باشد.
- فرم می بایست دارای مهر مرکز باشد .