**معاونت بهداشتي دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ایلام**

**فرم گزارش خلاصه فعاليتهاي سه ماهه اول سال 1393**  **برنامه نظام مراقبت تب و بثورات ماكولوپاپولار و سندروم سرخجه مادرزادي**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فعاليت** | **سه ماهه اول** | **سه ماهه دوم** | **سه ماهه سوم** | **سه ماهه چهارم** | **كل سال** |
| **واحد هاي گزارش دهنده(\*) موارد مشكوك و يا صفربيماري** | **تعداد واحدهاي مورد انتظار**  |  |  |  |  |  |
| **تعداد واحدهاي گزارش دهنده**  |  |  |  |  |  |
| **نظارت**  | **نظارت هاي انجام شده توسط دانشگاه بر حسب نفر روز**  |  |  |  |  |  |
| **نظارت هاي انجام شده توسط شهرستان ها بر حسب نفر روز**  |  |  |  |  |  |
| **پوشش واكسيناسيون (\*\*)** | **پوشش واكسن MMR1** |  |  |  |  |  |
| **پوشش واكسن MMR2** |  |  |  |  |  |
| **كميته هاي طبقه بندي** | **تعداد جلسات برگزار شده كميته طبقه بندي سرخك و سرخجه** |  |  |  |  |  |
| **تعداد جلسات برگزار شده كميته طبقه بندي سندروم سرخجه مادرزادي** |  |  |  |  |  |
| **فعاليتهاي آموزشي**  | **تعداد كارگاه و سمينار برگزار شده براي كاركنان بهداشتي ودرماني**  |  |  |  |  |  |
| **تعداد سخنراني براي عموم( از جمله مدارس)** |  |  |  |  |  |
| **تعداد موارد استفاده از برنامه هاي صدا و سيماي محلي**  |  |  |  |  |  |
| **تعداد پمفلت توزيع شده**  |  |  |  |  |  |
| **تعداد پوستر يا تراكت نصب شده در اماكن عمومي**  |  |  |  |  |  |
| **تعداد بيل بورد نصب شده در اماكن عمومي**  |  |  |  |  |  |
| **تعداد كتاب يا جزوه توزيع شده** |  |  |  |  |  |
| **طغيان هاي سرخك**  | **تعداد طغيان سرخك بوقوع پيوسته**  |  |  |  |  |  |
| **تعداد اطرافيان نمونه گيري شده در هنگام طغيان ( در صورت وقوع )**  |  |  |  |  |  |
| **تعداد افراد واكسينه شده در پاسخ به طغيان ( در صورت وقوع )**  |  |  |  |  |  |
| **فعاليت هاي پژوهشي**  | **تعداد مقالات علمي ثبت شده در كنگره ها و سمينار ها و جلسات علمي** |  |  |  |  |  |
| **تعداد تحقيقات انجام يافته**  |  |  |  |  |  |

**(\*)**منظور از واحدهاي گزارش دهنده مراكزبهداشتي درماني شهري و روستايي ، بيمارستانها ، زايشگاه ها ، كلينيك ها اعم از دولتي وخصوصي و واحد هاي تحت پوشش ساير سازمانها از جمله مراكز شنوايي سنجي بهزيستي مي باشد.

(\*\*)واكسيناسيون **MMR1,2** سه ماهه بصورت تزايدي ثبت شود .**( بعنوان مثال سه ماهه اول 25% ، سم ماهه دوم 50% ، سه ماهه سوم 75% و سه ماهه چهارم 100% ثبت گردد. )**

**نام و امضاي گزارش دهنده ....................... نام و امضاي مدير گروه ..........................**