

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی

«معاونت امور بهداشتی»

مرکز بهداشت شهرستان .....

کارت مراجعه به پایگاه سلامت

مرکز سلامت جامعه ..... شماره تلفن .....

پایگاه سلامت ..... شماره تلفن .....

شماره پرونده خانوار .....

امضا مراقب سلامت

## توضیحات:

● اعضای خانوار دارنده این کارت می توانند از خدمات سلامت مرکز سلامت جامعه..... و پایگاه سلامت..... بهره مند شوند.

● در صورت مسافرت ، مهاجرت ، ولادت، ازدواج، طلاق و فوت لازم است موارد را در اولین فرصت به پایگاه سلامت منطقه خود اطلاع دهید .

● لطفاً موارد بیماری یا بستری اعضای خانوار خود را در اسرع وقت به پایگاه سلامت منطقه خود، اطلاع دهید.

● در صورتی که خانوار جدیدی به محله شما نقل مکان کرد، لطفاً مراتب را به **رابط بهداشتی محله خود** جهت راهنمایی تشکیل پرونده سلامت خانوار اطلاع دهید.