فرم شماره 1-1

**مركز بهداشتي درماني / خانه بهداشت ......................**

**گزارش عملكرد برنامه هاي آموزش جامعه سال............. سه ماهه................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **موضوع آموزشي** | **گروه هدف** | **تعداد آموزش گيرندگان** | **تعداد جلسات آموزشي برگزار شده** | **شيوه آموزش** | **وسايل كمك آموزشي(نام ببريد)** | **مبتني بر نياز سنجي بوده است؟** | **تعداد جلسات ارزشيابي شده** | **ميانگين نمره ارزشيابي** |
| **بلي** | **خير** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 نام و نام خانوادگي تكميل كننده فرم: نام و نام خانوادگي مسئول مركز بهداشتي درماني:

 امضاء امضاء

**جدول شماره 1-1: گزارش عملکرد جلسات آموزشی برگزار شده**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| عنوان | مبتنی برنیازسنجی | غیرمبتنی بر نیازسنجی | جمع |
| شهری | روستایی | شهری | روستایی | شهری | روستایی |
| تعداد عناوین آموزشی |  |  |  |  |  |  |
| تعداد جلسات آموزشی |  |  |  |  |  |  |
| تعداد آموزش گیرندگان |  |  |  |  |  |  |
| تعداد جلسات ارزشیابی شده🟒 |  |  |  |  |  |  |

* **درصورت وجود هرگونه ابهام درخصوص ارزشیابی جلسات به راهنمای مجموعه آموزشی آنچه مردم باید بدانند از مجموعه کتب گروه آموزش و ارتقاء سلامت معاونت بهداشتی مراجعه فرمایید.**

 **جدول شماره 2-1: اطلاعات شیوه های آموزش در جلسات آموزشی**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| شیوه های آموزش | شهری | همراه با وسایل کمک آموزشی | روستایی | همراه با وسایل کمک آموزشی |
| سخنرانی |  |  |  |  |
| بحث گروهی |  |  |  |  |
| ایفای نقش |  |  |  |  |
| سایر (هر شیوه آموزشی غیر از موارد ذکر شده) |  |  |  |  |