

کد فرم ۱۰۳-۲  
 ماه فصل سال

نام واحد: .....

نوع واحد: مراکز بهداشتی درمانی روستایی  شهری

مرکز بهداشت شهرستان  استان

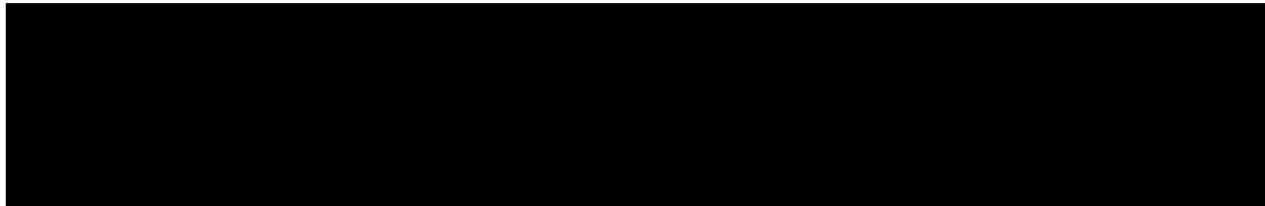
فرم گزارش خدمات بهداشت دهان و دندان

جمعیت تحت پوشش :  
 تعداد زنان باردار و شیرده :  
 تعداد کودکان زیر 6 سال :  
 تعداد کودکان 6 تا 14 سال :  
 سایرین :

جمع	14 سال به بالا		6 تا 14 سال	زیر 6 سال	گروه سنی		
	سایرین	زنان باردار و شیرده			خدمات	ترمیم	
						معاینه	
						کشیدن دندان شیری	
						کشیدن دندان دائمی	
						آمالگام یک سطحی	ترمیم
						آمالگام دو سطحی	
						آمالگام سه سطحی	
						کامپوزیت یک سطحی	
						کامپوزیت دو سطحی	
						کامپوزیت سه سطحی	
						گلاس آینومر	
						جرمگیری و برساز	
						رادیوگرافی	
						پالپوتومی	
						وارنیش فلوراید تراپی دو فک	
						فیشرسیلنت تراپی	
						تعداد ارجاع	
						تعداد دفعات مراجعه	

میزان درآمد نقدی: ..... میزان درآمد بیمه ای: ..... تعداد رایگان: .....  
 تعداد جلسات آموزشی: ..... تعداد افراد آموزش دیده: .....

تعداد مراکز بهداشتی درمانی دارای واحد دندانپزشکی استان ..... تعداد مراکز فعال: ..... نیمه فعال: ..... غیر فعال: .....



تاریخ تکمیل فرم ..... نام و امضاء تکمیل کننده ..... نام و امضاء مسئول واحد: .....