

گزارش برنامه های آموزشی تیم سلامت

مرکز بهداشت شهرستان :

تاریخ روز..... ماه..... سال

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری

روستای اصلی قمر

خانه بهداشت / پایگاه بهداشت.....

عنوان برنامه آموزشی:	گروه هدف:	مدت زمان آموزش:
آموزش دهنده: <input type="checkbox"/> پزشک <input type="checkbox"/> ماما <input type="checkbox"/> کاردان <input type="checkbox"/> بهورز	ساعت برگزاری جلسه:	

* ضرورت انجام برنامه آموزشی بر چه اساسی مشخص شده است ؟

نیازسنجی بر اساس ابلاغ از مرکز بهداشت شهرستان مناسبت خاص وجود یک مشکل ویژه (لطفاً مشکل را ذکر نمایید)

* پیش آزمون و پس آزمون

ردیف	عنوان سوالات جهت مشخص شدن آگاهی فراگیر	تعداد افرادی که قبل از آموزش جواب درست دادند	تعداد افرادی که بعد از آموزش جواب درست دادند
۱			
۲			
۳			
۴			

* شیوه آموزش: (می توانید بیش از یک مورد انتخاب کنید)

سخنرانی سخنرانی و بحث بحث در گروه کوچک داستان روش حل مسئله بارش افکار و پرسش و پاسخ اجرای نقش نمایش فیلم

* وسایل کمک آموزشی: (می توانید بیش از یک مورد انتخاب کنید)

پمفلت کتاب / کتابچه فیلم چارت پوستر چند نظری عکس وایت برد مجله / بولتن ماکت پوستر ساخته شده توسط مربی فیلم آموزشی

* آیا مطالب آموزشی در اختیار فراگیر قرار گرفته است ؟ بلی خیر

* اسامی افراد شرکت کننده: (حداکثر افراد شرکت کننده ۲۰ نفر می باشد)

۱ - -۸ -۱۵
 ۲ - -۹ -۱۶
 ۳ - -۱۰ -۱۷
 ۴ - -۱۱ -۱۸
 ۵ - -۱۲ -۱۹
 ۶ - -۱۳ -۲۰
 ۷ - -۱۴

نام و نام خانوادگی آموزش دهنده امضاء

* نام ارزشیابی کننده:

تاریخ از آقای / خانم ارزشیابی صورت گرفت و امتیاز

می باشد .

ارزشیابی ایشان از عدد چهار



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان

مرکز بهداشت استان

«آموزش سلامت»

دفتر گزارش برنامه های آموزشی

تیم سلامت