

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس  
شورای پزشکی استان

فرم ثبت فعالیت شورای پزشکی شهرستان..... در ماه سال ۱۳

..... سمت :		2. سرپرست شورا:.....		<input type="checkbox"/> غیر فعال <input type="checkbox"/> فعال	
3. تعداد اعضا..... نفر شامل :		..... نفر متخصص		..... نفر پزشک عمومی	
4. مراجعات :		تعداد			
1-4. گواهی استراحت پزشکی		استراحت پزشکی تا ۲۱ روز		تأیید شده	
		استراحت پزشکی بین ۲۱ روز تا ۴ ماه		تأیید نشده	
		استراحت پزشکی بیش از ۴ ماه		تأیید شده	
				تأیید نشده	
				تأیید شده	
				تأیید نشده	
2-4. نسخه داروی مخدر		تأیید شده			
		تأیید نشده			
3-4. از کار افتادگی (مددجویان)		تأیید از کار افتادگی کمتر از ۶۶٪			
		تأیید از کار افتادگی ۶۶٪ به بالا			
		عدم تأیید از کار افتادگی			
4-4. تغییر شغل		تأیید شده			
		تأیید نشده			
5-4. تعداد کل					
5. ارجاعات به شورای استان:					
6. نام پزشکان و مدت همکاری :					
نام و نام خانوادگی	(نوع تخصص)	شماره نظام پزشکی	نام پدر	کد ملی	تعداد افراد (کمیسیون فرد) بررسی شده توسط ایشان
مدت همکاری (به ساعت)	شماره حساب و شعبه				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس  
شورای پزشکی استان

توجه: حداکثر مهلت ارسال فرمهای تکمیل شده تا پنجم ماه بعد می باشد.

۷. تعداد ارجاعات از سازمانها و ادارات :

ردیف	نام سازمان یا اداره	تعداد	ردیف	نام سازمان یا اداره	تعداد

۸. مشکلات و پیشنهادهای :

۹. نام و نام خانوادگی رابط شهرستان:

۱۰. مهر و امضای سرپرست شورا

۱۱. مهر شورا و تاریخ





فرم ثبت شاخص های عملیاتی شورای پزشکی شهرستان در دوره زمانی

نام شهرستان :			نام رئیس شورای پزشکی :
نام رئیس شبکه :			نام رابط شورای پزشکی :
نام شاخص	تعداد کل	تعداد تأیید شده	درصد تأیید
۱ - درصد تأیید استراحت پزشکی از ۳ تا ۲۱ روز			
۲ - درصد تأیید استراحت پزشکی از ۲۱ روز تا ۴ ماه			
۳ - مدت انتظار ..... روز کاری	۴ - تعداد کل مراجعین : ..... نفر		
مهر و امضای رئیس / دبیر شورای پزشکی			مهر و امضای رئیس شبکه