

فرم شماره ۴- (الف)

گزارش ماهیانه سنجش نمک های خوراکی مصرفی اماکن عمومی و مراکز عرضه مواد غذایی
به وسیله کیت یدسنج

تاریخ تکمیل فرم: ماه.....سال.....

مرکز خدمات جامع سلامت:

تعداد مواردی که نمک، تصفیه شده یددار	تعداد مواردی که یدسنجی روی نمک انجام شده	تعداد مراکز بازدید شده	تعداد مراکز موجود ●	مراکز و اماکن
				بیمارستان
				رستوران و اماکن بین راهی
				اغذیه فروشی (ساندویچ، پیتزا، قهوه خانه، کبابی و)
				غذاخوری، سلف سرویس و بوفه های سربازخانه ها، زندان ها، مراکز نظامی و انتظامی
				غذاخوری، سلف سرویس و بوفه های کارگاه ها و کارخانه ها
				مهد کودک، روستا مهد ها، مراکز توانبخشی و آسایشگاه سالمندان
				بوفه های مدارس، مراکز آموزشی، مدارس شبانه روزی و دانشگاه ها
				سلف سرویس ادارات، سازمان ها و دانشگاه ها
				مراکز طبخ و توزیع غذا
				سایر

نام و نام خانوادگی مسؤول مرکز خدمات جامع سلامت:
امضاء

نام و نام خانوادگی بازرس بهداشت محیط:
امضاء

● منظور از تعداد مراکز موجود تعداد مراکز فعال طبق آخرین آمارگیری انجام شده در مرکز بهداشتی درمانی می باشد.

●● این جدول بعد از تکمیل باید هر ماه یک بار از مراکز بهداشتی درمانی به مرکز بهداشت شهرستان و از مرکز بهداشت شهرستان به معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده ارسال شود.