

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :DH-DK-18 Yayın Tarihi :18.11.2019
	GEBE BİLGİLENDİRME SINIFI EĞİTİM RAPORU (HASTANE)	Revizyon No :00 Revizyon Tar:.... Sayfa No :1/1

İLİN ADI :

KURULUŞUN ADI :

EĞİTİM DÖNEMİ :

	EĞİTİM SEANS SAYISI	EĞİTİM VERİLEN TOPLAM GEBE SAYISI
TOPLAM		

*İldeki Mevcut 2. ve 3.Basamak Sağlık Kuruluşu Sayısı (Doğum öncesi, Doğum ve Doğum Sonu Bakım Hizmeti Veren)	
*Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitimi Yapan 2. Ve 3.Basamak Sağlık Kuruluşu Sayısı (Doğum öncesi, Doğum ve Doğum Sonu Bakım Hizmeti Veren)	

Formu Düzenleyen;
Adı Soyadı / Görevi
İmza - Tarih

Formu Onaylayan;
Adı Soyadı / Görevi
İmza - Tarih

NOT:

- Form 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşu tarafından aylık olarak İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilecektir.
- İl Sağlık Müdürlüğüne ise formun 3 ayda bir icmali alarak HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığına bildirecektir.
- *Bu bölüm İl Sağlık Müdürlüğüne düzenlenecektir.