EK-5

**GEBE BİLGİLENDİRME SINIFI EĞİTİM RAPORU (TSM)**

|  |  |
| --- | --- |
| **İLİN ADI** | **: ……………………………………………..........................................................** |
| **KURULUŞUN ADI** | **: ……………………………………………..........................................................** |
| **EĞİTİM DÖNEMİ** | **: ……………………………………………..........................................................** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **EĞİTİM SEANS SAYISI** | **EĞİTİM VERİLEN TOPLAM GEBE SAYISI** |
| **TOPLAM** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\* İldeki Mevcut Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) Sayısı**  |  |
| **\* Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitimi Yapan TSM Sayısı** |  |

 **Formu Düzenleyen; Formu Onaylayan;**

 Adı Soyadı / Görevi Adı Soyadı / Görevi İmza - Tarih İmza - Tarih

**NOT:**

* Form TSM tarafından aylık olarak İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne bildirilecektir.
* Halk Sağlığı Müdürlüğünce ise formun 3 ayda bir icmali alarak THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığına bildirecektir.
* \*Bu bölüm Halk Sağlığı Müdürlüğünce düzenlenecektir.