|  |
| --- |
| **الف-فرم اطلاعات مادران طرح ارتقاء سلامت ( مادران باردار و شیرده دچار سوء تغذیه ) در مناطق کمتر توسعه یافته** **با همکاری کمیته امداد امام خمینی «ره»**  |
| **نام استان : چهارمحال و بختیاری**  | **نام شهرستان :‌** |
| **شماره پرونده در شبکه بهداشت و درمان :‌** | **خانه بهداشت / مرکز درمانی تحت پوشش :** |
| **اطلاعات مربوط به مادران باردار / شیرده** |
| **نام** | **نام خانوادگی** | **نام پدر** | **تاریخ تولد**  | **شغل** |
|  |  |  |  |  |
| **تحصیلات** | **شماره شناسنامه** | **نوبت بارداری**  |
|  |  | **اول 🖵** | **دوم 🖵** | **سوم 🖵** | **چهارم 🖵** | **پنجم 🖵** |
| **تعداد کودکان در قید حیات** | **کد ملی :** | **تحت پوشش :**  |
| **کمیته امداد 🖵** | **بهزیستی 🖵** | **سایر 🖵** |
| **اطلاعات مربوط به سرپرست خانواده** |
| **نام** | **نام خانوادگی** | **نام پدر** | **تاریخ تولد** | **شغل** |
|  |  |  |  |  |
| **تعداد فرزند** | **تحصیلات** | **آدرس محل سکونت / شماره تماس منزل / همراه :** |
|  |  |  |
| **علت تحت پوشش قرار گرفتن مادر :**  |
| **BMI کمتر از 5/18** **در شروع بارداری** | **همو گلوبین کمتر از 11** | **وزن گیری کمتر از حد مطلوب** | **وزن کمتر از 45 کیلو گرم** **در بارداری** |
| **( امتیاز 4 ) 🖵** | **( امتیاز 2 ) 🖵** | **( امتیاز 2 ) 🖵** | **( امتیاز 1 ) 🖵** |
| **دریافت سبد غذایی**  **بن کارت** | **ماه بارداری** | **ماه شیردهی** |
| **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **توضیحات :** **آیا مادر باردار / شیرده خواهان معرفی به کمیته امداد امام خمینی «ره» برای دریافت سبد غذایی است ؟** **امضاء و اثر انگشت :**  | **بلی****🖵** | **خیر****🖵** |
| **نام و نام خانوادگی تنظیم کننده :** **امضاء** **محل مهر خانه بهداشت / درمانگاه** | **نام و نام خانوادگی پزشک مسئول درمانگاه:** **امضاء** **محل مهر پزشک** |