|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | | | | | | | | |