

فرم ارجاع و اعلام نظر کمیسیون شیر مصنوعی

مرکز بهداشت شهرستان کوهپایه

مرکز بهداشتی درمانی

مشخصات کودک و والدین :

شماره خانوار :

تاریخ ارجاع :

نام و نام خانوادگی شیر خوار :

وزن هنگام تولد :

نام پدر :

آدرس و تلفن :

تاریخ تولد :

نام مادر :

تعداد فرزند :

نوع وسیله پیشگیری از بارداری :

علت ارجاع :

مهر و امضاء مرکز یا خانه بهداشت ارجاع دهنده

بررسی وزن کودک

- وزن در اولین مراجعه به مرکز تحویل دهنده شیر مصنوعی :

- وزن در مراجعه دوم در مورخ :

- وزن در مراجعه سوم در مورخ :

نظر کمیسیون شیر مصنوعی :

پزشک

مسئول بهداشت خانواده

کارشناس تغذیه

پس خوراند به مرکز یا خانه بهداشت ارجاع دهنده :

فرم گزارش جمع بندی تعداد کودکان شیر مصنوعی خوار - شهرستان

نام دانشگاه :	نام شهرستان:	سال:
سه ماهه:	مکان: <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> روستا	نام تکمیل کننده:

مقدار توزیع : کامل		
علل	تعداد کودکان زیر ۶ ماه	تعداد کودکان ۶ تا ۱۲ ماه
۱-مطلوب نبودن نمودار رشد		
۲-چندقلویی		
۳-بیماری های مزمن و صعب العلاج مادر		
۴- داروها و مواد رادیو اکتیو مصرفی		
۵- جدایی والدین		
۶- فوت مادر		
۷- فرزند خواندگی		
۸- سایر (کمسیون)		
جمع		

مقدار توزیع : کامل		
علل	تعداد کودکان زیر ۶ ماه	تعداد کودکان ۶ تا ۱۲ ماه
۱-مطلوب نبودن نمودار رشد		
۲-چندقلویی		
۳-بیماری های مزمن و صعب العلاج مادر		
۴- داروها و مواد رادیو اکتیو مصرفی		
۵- جدایی والدین		
۶- فوت مادر		
۷- فرزند خواندگی		
۸- سایر (کمسیون)		
جمع		