**فرم شماره 2: فرم عملکرد برنامه حمایت تغذیه ای از مادران باردار و شیرده نیازمند با همکاری مشترک بنیاد علوی در 6 ماهه ....... سال .............**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام مرکز** | **کل مادران** | | | | | | **مادران واجد شرایط حمایت تغذیه ای** | | | | | | **مادران تحت پوشش حمایت تغذیه ای** | | | | | | **مادر باردار با وزن گیری(پس از دریافت سبد)** | | **وزن زمان تولد نوزادان به گرم** | | **روند رشد کودک(وزن برای سن)** | | **مادران شرکت کننده در دوره های آموزشی** | |
| **باردار** | | | **شیر ده** | | | **باردار** | | | **شیر ده** | | | **باردار** | | | **شیر ده** | | | مطلوب | نامطلوب | بیشتراز 2500گرم | کمتراز 2500گرم | مطلوب | نامطلوب | باردار | شیرده |
| **روستا** | **شهر** | **حاشیه شهر** | **روستا** | **شهر** | **حاشیه شهر** | **روستا** | **شهر** | **حاشیه شهر** | **روستا** | **شهر** | **حاشیه شهر** | **روستا** | **شهر** | **حاشیه شهر** | **روستا** | **شهر** | **حاشیه شهر** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**توضیح: منظور از مادران واجد شرایط حمایت تغذیه ای ؛شامل مادران تحت پوشش حمایت تغذیه ای ومادران پشت نوبتی می باشند.**

**منظور از مادران شرکت کننده در دوره های آموزشی همان مادران آموزش دیده طی 6 ماه مد نظرمی باشد.**