فرم اطلاعات شیر مصنوعی یارانه ای

شهرستان : دوره جمع آوری اطلاعات:سال

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| تعداد کودکان زیر یکسال تحت پوشش دارای پرونده |  | | | |
| نوع تخصیص (جدید) | غیریارانه ای | | | |
| زیر 6 ماه | | 6 تا 12 ماه | |
| علت دریافت شیر مصنوعی | کامل (تعداد: | کمکی (تعداد: | کامل(تعداد: | کمکی(تعداد: |
| مطلوب نبودن نمودار رشد |  |  |  |  |
| چند قلویی |  |  |  |  |
| بیماریهای صعب العلاج مادر |  |  |  |  |
| داروها ورادیو اکتیو |  |  |  |  |
| جدایی والدین |  |  |  |  |
| فوت مادر |  |  |  |  |
| فرزند خواندگی |  |  |  |  |
| سایر |  |  |  |  |
| علت سایر ذکر شود(حداکثر 5 علت راذکر نمایید) |  |  |  |  |

غیر یارانه ای

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| تعداد کودکان زیر یکسال تحت پوشش دارای پرونده |  | |
| نوع تخصیص (جدید) | غیر یارانه ای | |
| تعداد زیر 6 ماه | تعداد6 تا 12 ماه | مجموع |
| مصرف شیر مصنوعی (عیر یارانه ای )به توصیه چه کسی بوده است | پزشک (عممومی ویا متخصص )(تعداد) |  |
| خودسرانه (تعداد) |  |
| اطرافیان(تعداد) |  |
| علت مصرف شیر مصننوعی چه بوده است ؟  (حداقل 5 علت را ذکر نمایید) |  | |