**بسمه تعالی**

**فرم خلاصه پرونده کودکان محروم از شیر مادر**

|  |
| --- |
| **مشخصات عمومی:**  **نام: نام خانوادگی: نام پدر: نام مادر: کد ملی پدر:**  **تاریخ تولد: وزن هنگام تولد: شماره تلفن والدین: کد ملی کودک:** |
| **بند1و2**  **بهداشت خانواده: نظریه پزشک مرکز**  **روند رشد وزنی کودک:**  **تاریخ: وزن تاریخ وزن کودک بیمارنیست**  **کودک بیمار است**  **نوع بیماری:**   1. **6- مدت بیماری:** 2. **7-** 3. **8-** 4. **9-** 5. **10-** |
| **بند 3 و4**  **بیماری مادر و مصرف دارو:**  **نوع بیماری مادر: تاریخ بیماربودن مادر: مدت بیماری:**  **داروی مورد استفاده مادر:** |
| **بند 5 و 7**  **جدایی والدین و فرزند خواندگی:**  **نامه دادگاه** |
| **بند 6**  **فوت مادر:**  **گواهی فوت** |
| **برای تمامی بندهای فوق کپی شناسنامه و کپی کارت منحنی رشد کودک همراه باشد.ضمنا" برای بندهای 3 و 4 نامه پزشک متخصص ،کپی شناسنامه مادر پیوست باشد.** |
| **توضیحات :** |

**بهداشت خانواده: پزشک مرکز: مسئول مرکز:**

**تأیید نمی شود: مورد تأیید است کمکی کامل**

**رئیس مرکز بهداشت شهرستان مسئول بهداشت خانواده کارشناس ترویج تغذیه باشیر مادر**

**پزشک بهداشت خانواده کارشناس تغذیه**