**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**