**فرم عملکرد برنامه مکمل یاری با مگادوز ویتامین A برای کودکان 2 تا 5 سال**

**دانشگاه علوم پزشکی یاسوج سال : مرحله ......**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **تعداد کل کودکان دو تا پنج سال تحت پوشش دانشگاه** |  |
| **2** | **تعداد کل کودکان دو تا پنج سال تحت پوشش دانشگاه و دریافت کننده مگادوز ویتامین A** |  |
| **3** | **درصد پوشش دریافت مگادوز ویتامین A برای کودکان دو تا پنج سال تحت پوشش دانشگاه** |  |
| **4** | **تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص نحوه ی اجرای برنامه مکمل یاری با مگادوز ویتامین A** |  |
| **5** | **تعداد مادران کودکان دو تا پنج سال دریافت کننده مگادوز ویتامین A** |  |
| **6** | **تعداد مادران کودکان دو تا پنج سال دریافت کننده مگادوز ویتامین A آموزش دیده در خصوص ویتامین A (اهمیت ویتامین A در سلامت کودک، منابع غذایی و...)** |  |
| **7** | **درصد مادران کودکان دو تا پنج سال دریافت کننده مگادوز ویتامین A آموزش دیده در خصوص ویتامین A** |  |

 **تاريخ تكميل : نام و امضاي تكميل كننده فرم:**