فرم شماره 2 –عملکرد برنامه حمایت تغذیه ای از مادران باردار وشیرده نیازمند روستایی با همکاری مشترک بنیاد علوی 6ماهه . .... سال 95-

 مرکز بهداشتی درمانی ...... .

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تعداد مادران شرکت کننده در دوره های آموزشی | روند رشد کودک(وزن برای سن) | وزن زمان تولدنوزادان(به گرم) | تعداد مادران باردار (پس از دریافت سبد)  | تعدادمادران تحت پوشش حمایت تغذیه ای | تعدادمادران واجد شرایط حمایت تغذیه ای | تعدادکل مادران | نامخانه بهداشت | ردیف |
| شیرده | باردار | نامطلوب | مطلوب | بیشتر از 2500 | کمتراز2500 | با وزن گیری نامطلوب | با وزن گیری مطلوب | شیرده | باردار | شیرده | باردار | شیرده | باردار |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | جمع کل  |  |

نام ونام خانوادگی مسئول مرکز

امضاء تاریخ