فرم آماری مراجعات به كارشناس تغذيه (فرم شماره 6)

****

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران**

**معاونت بهداشت**

 **مركز بهداشت شهرستان...................... مركز جامع خدمات سلامت......................**

 **سه ماهه .............................................. سال .....................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **علت مراجعه****گروه سني** | **پايين بودن امتياز ارزيابي الگوي تغذيه** | **كم خوني** | **كوتاه قدي** | **كم وزني** | **لاغري** | **اضافه وزن** | **چاقي** | **ديابت** | **فشار خون بالا** | **ديس ليپيدمي**  | **جمع كل** |
| **6-0 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18-6 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **29-19 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **59-30 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **60 سال به بالا** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مادر باردار** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی کارشناس تغذیه : نام و نام خانوادگي مسئول مركز**

 **امضاء و تاريخ تكميل فرم : امضاء**