**فرم شماره 1: پايش و ارزشيابي برنامه مشاركتي – حمايتي يا حمايتي**

**بهبود وضع تغذيه كودكان (ويژه كودكان مشمول طرح)**

شماره پرونده خانوار: نام استان: نام شهرستان: تاريخ: / /

نام مركز بهداشتي درماني: نام خانه بهداشت/پايگاه بهداشتي:

**اطلاعات مربوط به كودك:**

نام: نام خانوادگي: نام پدر: تاريخ تولد: / / آدرس:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | زمان مراجعه    شاخص ها | | | تاريخ اولين مراجعه  / / | تاريخ مراجعات بعدي | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | سن (ماه) | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | جنس | دختر | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| پسر | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | وزن (كيلوگرم) | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | قد (سانتي متر) | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | اختلال رشد | | دارد |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ندارد |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | سوء تغذيه شديد يــا  كم وزني شديد | | دارد |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ندارد |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | دريافت مكمل آهن | | بلي |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| خير |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | دريافت مكمل ويتامين A و D يا مولتي ويتامين | | بلي |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| خير |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | دريافت سبد غذايي | | بلي |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| خير |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |