**فرم شماره 3**

**اطلاعات مادران طرح ارتقاء سلامت( مادران باردار و شیرده مشمول طرح بنیاد علوی ) در مناطق روستایی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| استان: خراسان رضوی | | شهرستان: | | | | | | | | | | کد پرونده بنیاد علوی: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **اطلاعات مربوط به مادر باردار** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| شماره پرونده خانوار در خانه بهداشت: | | | | | | نام خانه بهداشت: | | | | | | | | نام مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **نام:** | | | **نام خانوادگی:** | | | | | | | **نام پدر:** | | | | **تاریخ تولد:** | | | | | | | | | | **کدملی :** | | | | | |
| سن بارداری(ماه ) فعلی: | | | نو بت بارداری: اول □دوم □ سوم □ چهارم □ پنجم□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| شغل : تحصیلات: | | | تعدادکودکان در قیدحیات : | | | | | | | تحت پوشش: کمیته امداد □ بهزیستی □ سایر□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مادرسابقه بیماری مزمن دارد؟  بلی □ خیر□ | | | نوع بیماری: | | | | | | | سابقه بستری در بیمارستان دارد  بلی □ خیر□ | | | | | | | | | | به چه علت؟ | | | | | | | | | |
| سابقه مصرف دارو دارد؟  بلی □ خیر □ | | | | | | | | | | نوع دارو ........................ | | | | | | | | | | سابقه سقط جنین و یا تولد جنین مرده دارد؟  بلی □ خیر □ | | | | | | | | | |
| تاریخچه کودک قبلی:  وزن هنگام تولد کودک قبلی ............................................. | | | | | | | | | | سابقه بیماری در کودکان قبلی بلی □ خیر □ | | | | | | | | | | | | ذکر نوع بیماری کودک:............................ | | | | | | | |
| **اطلاعات مربوط به سرپرست خانوار** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **نام:** | **نام و نام خانوادگی:** | | | | | | | | | **نام پدر:............** | | | | | **شغل: .......** | | | | | | تحصیلات:.......... | | | | | | تعداد فرزندان:....... | | |
| میزان درآمدماهانه:...........................تومان | | | | | | | | | | آدرس محل سکونت: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| شماره تلفن ثابت : | | | | شماره تلفن همرا ه همسر: | | | | | | | | | | | | | شماره تلفن همراه مادر : | | | | | | | | | | | | |
| * **علت تحت پوشش قرار گرفتن مادر براساس بندهای زیر: بند شماره ..........** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **بند1**-وزن گیری **نامطلوب** براساس جداول: | | | بند2**-** BMI کمتر از 5**/18**درشروع بارداری | | | | | **بند3**-وزن مادر کمتراز 4**5** کیلو در شروع بارداری | | | | | | | | | | **بند4**-هموگلوبین کمتر **از11** | | | | | | | | **بند5**- بیشتراز دوقلویی | | | |
| تاریخ تحویل سبد کالا | | | **ماه بارداری** | | | | | | | | | | | | | **ماه شیردهی** | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | | 1 | | | 2 | | | | 3 | | 4 | | | 5 | 6 |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |  |

**معاونت محترم بهداشتی ،بدینوسیله خانم ..............................در ماه ............... بارداری براساس بند شماره □درتاریخ ......... معرفی می گردد./**

**نام ونام خانوادگی وامضاء:**

**بهورز مامای مرکز پزشک**