**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**