**فرم عملکرد برنامه مشارکتی – حمایتی □ مشارکتی □**

**شش ماهه .................. سال ..................**

**دانشگاه علوم پزشکی ............................. مرکز بهداشت شهرستان .....................**

**مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری ............................ خانه بهداشت / پایگاه بهداشت ............................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **تعداد کودکان دریافت کننده سبد غذایی در دوره شش ماهه** |  |
| **2** | **تعداد کودکان بهبود یافته در دوره شش ماهه** |  |
| **3** | **درصد کودکان بهبود یافته از طریق سبد غذایی در دوره شش ماهه** |  |
| **4** | **تعداد مادران آموزش دیده در خصوص تغذیه ( تئوری – عملی ) در دوره شش ماهه** |  |
| **5** | **تعداد کودکان مبتلا به سوء تغذیه مراجعه کننده به واحد مشاوره تغذیه در دوره شش ماهه** |  |
| **6** | **تعداد کودکان مبتلا به سوء تغذیه بهبود یافته توسط واحد مشاوره تغذیه در دوره شش ماهه** |  |
| **7** | **درصد کودکان بهبود یافته از طریق مشاوره تغذیه در دوره شش ماهه** |  |
| **8** | **تعداد کارگاهها و کلاس های آموزشی برگزار شده در دوره شش ماهه** |  |
| **9** | **تعداد شرکت کنندگان در کارگاههای آموزشی و کلاس های آموزشی برگزار شده در دوره شش ماهه** |  |

تاریخ تکمیل : نام و امضای تکمیل کننده فرم