بسمه تعالی

فرم مشاوره تغذیه کودک مرکز بهداشت شهرستان شفت

**نام مرکز بهداشتی درمانی ........................... خانه بهداشت .............................. تاریخ مراجعه کودک ..........................**

**آدرس خانوار .................................................................................................. شماره تماس .................**

**نام و نام خانوادگی کودک : جنس کودک : ..........**

**تاریخ تولد کودک : ................................... سن کودک : .........................**

**کودک فرزند چندم خانواده است : ........................................**

**شغل مادر ............................ شغل پدر ......................... تحصیلات مادر ....................... تحصیلات پدر .............**

**نوع شیر مصرفی در حال حاضر : شیر مادر □ شیر مصنوعی □ شیر پاستوریزه □ توأم ( نام ببرید ) □**

**مصرف قطره آهن در 24 ساعت گذشته ........................**

**مصرف قطره AD یا مولتی ویتامین در 24 ساعت گذشته**

**نوع بیماری : ............................................**

**نوع داروی مصرفی در حال حاضر : ...........................................**

**وضعیت منحنی رشد کودک در کارت رشد : ( با ذکر سن مراقبت )**

**صدک وزن : ................................. صدک قد : ...................... صدک دور سر ( تا 2 سالگی ) : ...................**

**نوع اختلال رشد : کندی رشد □ توقف رشد □ کاهش رشد □ طبیعی □**

**وزن فعلی کودک : ............................. قد فعلی کودک : ..............................**

**تاریخچه غذایی :**

**توصیه های لازم :**

**تاریخ مراجعه بعدی : ............................... واحد تغذیه شهرستان شفت**

**این برگه در مرکز مشاوره نگه داری گردد .**