شاخص تغذیه ای مادران باردار دانشگاه علوم پزشکی گیلان سال ..............................

**نام دانشگاه / دانشکده : نام شبکه / مرکز بهداشت شهرستان : نام مرکز بهداشتی درمانی : خانه بهداشت :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی مادر** | **وضعیت تغذیه مادر در شروع بارداری بر حسب نمایه توده بدن در شروع بارداری** | **غلظت هموگلوبین کمتراز 11 گرم در دسی لیتر ( براساس اولین آزمایش مادر باردار )** | **وضعیت تغذیه مادر در پایان بارداری بر حسب نمایه توده بدن** | **توضیح ( وضعیت سقط ، مرده زایی ، کوچ ، استراحت مطلق و سایر موارد ثبت شود )** |
| **کم وزن (5/18 >BMI )**  | **طبیعی (9/24 -****5/18 = BMI )** | **اضافه وزن ( 9/29 – 25 = BMI )**  | **چاق ( 30 ≤ BMI )**  | **زایمان کرده با وزن گیری مطلوب در پایان بارداری** | **زایمان کرده با وزن گیری کمتر از حد مطلوب در پایان**  | **زایمان کرده با وزن گیری بیش از حد مطلوب در پایان بارداری**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و سمت تکمیل کننده : ................................. امضاء : .............................**