**(فرم مهاجرت مادر باردار تا 42 روز پس از زایمان )دائم- موقت**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **کدملی****(درصورت افاغنه کد سامانه سیب) و نوع اقامت ( قانونی یا غیرقانونی)** | **نام و نام خانوادگي****مادر** | **نام ونام خانوادگی همسر** | **سن/****تاریخ دقیق تولد مادر** | **LMP** | **EDC** | **سن حاملگی** | **تاريخچه مامايي** | **تاريخ آخرين مراقبت انجام شده** | **استان/شهرستان مبدأ** | **استان/شهرستان مقصد** | **تاريخ مهاجرت** | **آيا مادر تحت مراقبت ويژه مي باشد\*** |
| **\*\*\*\*\*\*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **\*\*\*آدرس دقيق محل سكونت جديد: اگر ادرس دقیق نباشد مهاجرت ارسال نمیشود و مسئولیت با فرد گزارش دهنده میباشد .** **\*\*\*\* شماره تماس تلفن( دو شماره و ترجيحاً يك شماره ثابت): باید شماره ها در دسترس و روشن باشد .****\*\*\*\*\* علت دريافت مراقبت ويژه :** **\*\*\*\*\*\* حتما حتما قید شود** |