

گروه بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
فرم ثبت مشخصات کودکان زیر ۵ سال دارای رشد نامطلوب وزن / قد

شهرستان..... مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی..... پایگاه پزشک خانواده / پایگاه سلامت / خانه بهداشت سال

ردیف	کد ملی	نام و نام خانوادگی کودک	تاریخ تولد	تاریخ مراقبت	سن کودک در زمان مراقبت (به ماه)	نوع اختلال* (کد ثبت شود)	تاریخ پیگیری بعدی	تاریخ ارجاع به پزشک	ارجاع به کارشناس تغذیه توسط پزشک			نتیجه پیگیری بعد از اقدامات	
									تاریخ ارجاع	تاریخ دریافت پسخوراند	تاریخ مراجعه بعد	بهبودی	عدم بهبودی
۱													
۲													
۳													
۴													
۵													
۶													

* کم وزنی شدید (کد ۱ و) / کم وزنی (کد ۲ و) / کوتاه قدی شدید (کد ۱ق) / کوتاه قدی (کد ۲ق) / لاغری شدید (کد ۱ن) / لاغری (کد ۲ن) / چاقی (کد ۳ن) / اضافه وزن

(کد ۴ن) / اختلال رشد وزنی (کد ۶ و) / اختلال رشد قدی (کد ۶ق) / اختلال رشد وزن به قد (کد ۶ن)