

فرم شماره ۱: پایش و ارزشیابی برنامه مشارکتی - حمایتی یا حمایتی  
 بهبود وضع تغذیه کودکان (ویژه کودکان مشمول طرح)

شماره پرونده خانوار: نام استان: نام شهرستان: تاریخ: / /  
 نام مرکز بهداشتی درمانی:  
 نام خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی:  
 اطلاعات مربوط به کودک:  
 نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: / /  
 آدرس:

ردیف	زمان مراجعه		تاریخ اولین مراجعه	تاریخ مراجعات بعدی										
	شاخص ها	سن (ماه)												
۱														
۲	جنس	دختر												
		پسر												
۳	وزن (کیلوگرم)													
۴	قد (سانتی متر)													
۵	اختلال رشد		دارد											
			ندارد											
۶	سوء تغذیه شدید یا کم وزنی شدید		دارد											
			ندارد											
۷	دریافت مکمل آهن		بلی											
			خیر											
۸	دریافت مکمل مولتی یا A-D ویتامین		بلی											
			خیر											
۹	دریافت سبب غذایی		بلی											
			خیر											

نام و امضای تکمیل کننده فرم: