ارسال گزارش مبنی بر شروع تغذیه با شیرمصنوعی غیر یارانه ای

مرکز..........خانه بهداشت..............ماه...........

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نتیجه مداخلات** | **اقدام مداخله ای**  **انجام شده** | نوع تجویز  کمکی/کامل)) | **زمان شروع شیر مصنوعی** | **نام و نام خانوادگی و محل کار متخصص(در صورت تجویز متخصص)** | **علت شروع مصرف شیر مصنوعی(مصرف خودسرانه/تجویز متخصص ..)** | **تاریخ تولد** | **کد ملی** | **نام و نام خانوادگی**  **نوزاد** | **نام مرکز /خانه بهداشت** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |