**فرم عملکرد برنامه مداخله تغذیه ای کودکان 5-0 سال**

شش ماهه ……………..سال…………………….

دانشگاه علوم پزشکی…………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان** | **میزان** |
| 1 | تعداد کودکان واجد شرایط دریافت سبد غذایی در دوره شش ماهه |  |
| 2 | تعداد کودکان دریافت کننده سبد غذایی در دوره شش ماهه |  |
| 3 | تعداد کودکان پشت نوبتی در دوره شش ماهه |  |
| 4 | درصد کودکان دریافت کننده سبد غذایی  |  |
| 5 | تعداد کودکان بهبود یافته در دوره شش ماهه |  |
| 6 | درصد کودکان بهبود یافته از طریق سبد غذایی در دوره شش ماهه |  |
| 7 | تعداد مادران دارای کودک 12-6 ماهه ( تحت پوشش برنامه) در دوره شش ماهه |  |
| 8 | تعداد مادران کودکان12- 6 ماهه (تحت پوشش برنامه ) آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی (تئوری –عملی )در دوره شش ماهه |  |
| 9 | تعداد مادران کودکان 5-1 سال (تحت پوشش برنامه ) در دوره شش ماهه |  |
| 10 | تعداد مادران کودکان 5- 1 سال (تحت پوشش برنامه ) آموزش دیده در خصوص تغذیه کودک 5- 1 سال در دوره شش ماهه |  |
| 11 | درصد مادران کودکان12- 6 ماهه (تحت پوشش برنامه ) آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی (تئوری –عملی )در دوره شش ماهه |  |
| 12 | درصد مادران کودکان5-1 سال (تحت پوشش برنامه ) آموزش دیده در خصوص تغذیه کودک 5-1 سال در دوره شش ماهه |  |
| 13 | تعداد کودکان(تحت پوشش برنامه ) مراجعه کننده جهت مشاوره تغذیه در دوره شش ماهه |  |
| 14 | درصد پوشش کودکان دریافت خدمات مشاوره تغذیه در دوره شش ماهه |  |
| 15 | تعداد کارگاهها و کلاس های آموزشی برگزار شده در دوره شش ماهه ( ویژه برنامه حمایتی) |  |
| 16 | تعداد شرکت کنندگان در کارگاههای آموزشی و کلاس های آموزشی برگزار شده در دوره شش ماهه ( ویژه برنامه حمایتی) |  |

**توجه :** **کلیه اطلاعات فوق فقط مربوط به کودکانی است که تحت پوشش برنامه حمایت تغذیه ای هستند.**

نام و امضاء تکمیل کننده فرم