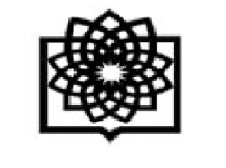
****

**دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي**

**معاونت امور بهداشتي**

**فرم ارجاع شيرخواران واجد شرايط دريافت كوپن يا قوطي شير مصنوعي**

نام ستاد شهرستان: **مرکز بهداشت شمال** تاريخ تكميل:

از مركز بهداشتي : به مركز بهداشتي درماني:

با سلام احتراما بدينوسيله شيرخوار فرزند متولد ...../......../.......... داراي شماره پرونده

ساكن(آدرس):

به همراه مدارك ذيل جهت بررسي و اقدام به آن مركز معرفي ميگردد.

**1-اصل و كپي تمام صفحات شناسنامه پدر 2- اصل و كپي شناسنامه كودك/كودكان 3- منحني ترسیم شده در کارت رشد كودک 4 - اصل وكپي يكي از موارد قبض تلفن/ آب يا برق(به نام سرپرست خانوار)/سند يا اجاره نامه و يا برگه استشهاد شورا**

**علت ارجاع:**

|  |  |
| --- | --- |
| مطلوب نبودن نمودار رشد |  |
| چند قلويي |  |
| بيماري مزمن و صعب العلاج مادر |  |
| دارو و مواد راديواكتيو مصرفي توسط مادر |  |
| جدايي والدين |  |
| فوت مادر |  |
| فرزند خواندگي |  |
| ساير |  |

**نام وامضا ومهر مسئول مركز ارجاع دهنده:**

**نام و امضاي كارشناس شير مادرمرکز صدور کوپن:**