

## صورتجلسه بررسی کودکان متقاضی شیر مصنوعی

مرکز خدمات جامع سلامت / خانه بهداشت: ..... تاریخ: .....

حاضرین جلسه: .....

آیا تعهدنامه در خصوص عدم شروع خودسرانه شیرمصنوعی از والدین اخذ شده است: بلی  خیر

شرح حال کلی شیرخوار:

بررسی های انجام شده در سطح بهورز:

بررسی های انجام شده در سطح ماما:

بررسی های انجام شده در سطح پزشک:

مصوبات جلسه:

نتیجه بررسی های به عمل آمده حاکی از واجد شرایط بودن شیرخوار برای شروع شیر مصنوعی یارانه ای می باشد  (کامل -

کمکی) نمی باشد

محل امضاء پزشک

محل امضاء ماما

محل امضاء بهورز