دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

بسمه تعالی

فرم درخواست شیرمصنوعی

شیرخوار.....باکدملی .....تاریخ تولد .....تحت پوشش مرکز.....درتاریخ.....

به علت:

1-فوت مادر ☐

2-جداشدن والدین ☐

3-بیماری صعب العلاج مادر ☐

4-استفاده از داروهایی که ممنوعیت شیردهی دارند ☐

5-مطلوب نبودن نمودار رشد ☐

6-فرزند خوانده ☐

متقاضی دریافت شیرمصنوعی است.جهت بررسی درکمیته ضمیمه میباشد.

نتیجه بررسی

تعداد قوطی تعلق گرفته:

تعلق می گیرد: کامل ☐

کمکی ☐

سایر ☐

تعلق نمی گیرد : ☐

توضیحات :

دکتر فاطمه شمالی (متخصص اطفال)

امضا و تاریخ:

دکتر مصری پور(سرپرست شبکه بهداشت میامی)

امضا و تاریخ:

مونا بسطامی (کارشناس شیرمادر)

امضا و تاریخ:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

صورتجلسه کمیته بررسی شیر مصنوعی:

متخصص محترم اطفال عضو کمیته:

محل درج نظرات:

پزشک معتمد عضو کمیته :

محل درج نظرات:

کارشناس شیر مادر عضو کمیته:

محل درج نظرات: