

بسمه تعالی



شیوه‌نامه اجرایی برنامه حمایتی تغذیه ای کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه مبتلاء به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند (مبتنی بر آزمون وسع)

دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
اداره سلامت سازمان برنامه و بودجه کشور
دفتر امور حمایتی و توانمندسازی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

آبان ماه ۱۴۰۳

مقدمه:

سوء تغذیه یکی از مشکلات تغذیه ای شایع در کودکان زیر ۵ سال است. از پیامدهای نامطلوب سوء تغذیه کودکان می توان به اختلال در رشد و تکامل مغزی و جسمی، تضعیف سیستم ایمنی بدن و افزایش موارد مرگ و میر، افزایش هزینه های درمانی و مراقبت های پزشکی، افت تحصیلی و تحمیل هزینه های سنگین به آموزش و پرورش کشور و از دست دادن روزهای کاری توسط والدین را نام برد که بار سنگین مالی بر اقتصاد جامعه هم در بخش دولتی و هم در بخش خصوصی وارد می سازد. فقر، نامنی غذایی، بیسوادی، بیکاری، ناآگاهی های تغذیه ای، الگوی تغذیه نامناسب، دسترسی نداشتن به خدمات بهداشتی، اپیدمی بیماری های عفونی مثل شیوع بیماری کووید-۱۹ در شرایط فعلی و پیامدهای نامطلوب اقتصادی آن از علل بروز سوء تغذیه در کودکان می باشند. از مهمترین مداخلاتی که برای پیشگیری از سوء تغذیه در گروههای آسیب پذیر تغذیه ای باید بکار گرفته شود توانمند سازی خانوار با اجرای طرح های اشتغال زایی و کمک به افزایش درآمد خانوار، آموزش تغذیه به منظور استفاده بهینه از منابع غذایی موجود و در دسترس بویژه آموزش و توانمند سازی زنان که مسئولیت تهیه و طبخ غذا در منزل را به عهده دارند و هم چنین کمک های غذایی است که با جلب همکاری بخش های مختلف توسعه باید به مورد اجرا گذاشته شود. حمایت تغذیه ای از کودکان که بدلیل فقر دچار سوء تغذیه شده اند از طریق تامین و توزیع سبد غذایی استاندارد برای تامین نیازهای تغذیه ای کودکان و بهبود وضعیت تغذیه، رشد و تکامل آنان ضروری است.

وسعت مشکل سوء تغذیه در کودکان در کشور:

بر اساس آخرین آمار سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) در سال ۲۰۲۳، شیوع لاغری و کوتاه قدی در کودکان زیر پنج سال جهان به ترتیب ۲۲,۳۶,۸ درصد و شیوع کم وزنی در سال ۲۰۲۱، ۱۷,۶ درصد می باشد. همچنین، نتایج بررسی کشوری تعیین وضعیت تن سنجی، شاخص های تغذیه ای و رشد و تکامل، و برخی نشانگرهای ارزشیابی خدمات نظام بهداشتی در کودکان زیر ۵ سال کشور در سال ۱۳۹۶ نشان داده است که شیوع کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری به ترتیب ۴,۳، ۴,۸ و ۴,۳ درصد بوده است. اگرچه شیوع سوء تغذیه کودکان زیر ۵ سال در سطح کشور بطور قابل توجهی کاهش یافته است و براساس طبقه بندی سازمان جهانی بهداشت، کشور در وضعیت سوء تغذیه با شیوع پایین قرار دارد. ولی شیوع کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری در استان های سیستان و بلوچستان، کرمان، هرمزگان و خراسان جنوبی بیش از دو برابر متوسط کشوری در سال ۱۳۹۶ بوده است. همچنین، بر اساس نتایج گزارش برنامه مراقبت غذا و تغذیه (سورویانس) در سال ۱۴۰۰، شیوع کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری در کودکان دو تا پنج سال در همین چهار استان کم برخوردار، حدود دو تا سه برابر بیشتر از میانگین کشوری در سال ۱۳۹۶ بوده است.

بر اساس گزارش دومین بررسی کشوری وضعیت ریز مغزی های ایران (پورای ۲) در سال ۱۳۹۰ از نظر وضعیت ریز مغزیها، شیوع کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن در کودکان ۲۳-۱۵ ماهه کشور ۱۷ درصد بوده است و بالاترین شیوع کم خونی کودکان در اقلیم سیستان و بلوچستان، جنوب کرمان و جنوب خراسان (۴۱,۷ درصد) مشاهده شده است. کمبود روی از دیگر مشکلات تغذیه ای شایع در کودکان به شمار می رود. به طوری که ۱۹,۱ درصد کودکان ۲۳-۱۵ ماهه دچار کمبود روی بوده اند. همچنین، بر اساس نتایج گزارش برنامه مراقبت غذا و تغذیه در سال ۱۴۰۰، بیش از ۳۰ درصد کودکان ۲ تا ۵ سال در سیستان و بلوچستان از کم خونی رنج می برند و بیش از ۳۰ درصد کودکان دو تا پنج سال استان های سیستان و بلوچستان و کرمان دچار کمبود روی هستند. کمبود آهن و کمبود روی در کودکان زیر ۵ سال بویژه در ۱۰۰۰ روز اول زندگی عوارض غیرقابل جبران از جمله اختلال در رشد و تکامل، کاهش ضریب هوشی، تضعیف سیستم ایمنی بدن و افزایش موارد ابتلا به بیماری ها و مرگ، افت تحصیلی و کاهش بازده کاری به همراه خواهد داشت.

برنامه حمایت تغذیه ای کودکان زیر پنج سال:

برنامه حمایت تغذیه ای کودکان زیر پنج سال با هدف ارتقای وضع تغذیه کودکان مبتنی بر آزمون وسیع با همکاری سازمان برنامه و بودجه کشور و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی از مهر ماه سال ۱۴۰۲ شروع گردید. در این برنامه برای ۵ دهک اول ماهانه یک میلیون تومان و دهک های شش و هفت ماهانه ششصد هزار تومان ارقام غذایی مورد نیاز کودکان از طریق کالابریگ الکترونیکی مبتنی بر ارائه سبد مطلوب غذایی توزیع شده است. در این برنامه تعداد ۱۳۳۶۹۰ کودک بر اساس نتایج آزمون وسیع واجد شرایط بوده و تحت پوشش برنامه قرار گرفتند و حدود ۵۰ درصد کودکان از طریق کارشناسان تغذیه خدمات مشاوره تغذیه دریافت کردند. نتایج اثر بخشی برنامه به ترتیب بیانگر بهبودی ۷۰، ۶۶ و ۵۷ درصد کودکان مبتلاء به لاغری شدید، کم وزنی شدید و کوتاه قدی شدید بوده است. در طول برنامه ۱۸۶۱۱ مادر دارای کودک ۶ تا ۱۲ ماهه (۸۳،۶ درصد) و ۹۹۹۹۲ مادر دارای کودک ۱۲ تا ۵۹ ماهه (۸۵،۹ درصد) توسط کارکنان بهداشت در زمینه تغذیه کودک آموزش دیده اند. در سال ۱۴۰۳ تعداد ۱۳۴۴۲۵ کودک زیر پنج سال تحت پوشش قرار گرفتند. برای ۵ دهک اول ماهانه یک میلیون و صد هزار تومان و دهک های شش و هفت ماهانه ششصد و شصت هزار تومان شارژ کارت یارانه سرپرست خانوار جهت خرید ارقام غذایی مورد نیاز کودکان انجام می شود.

اولویت شاخص های تن سنجی: ۱- لاغری شدید ۲- لاغری ۳- کم وزنی شدید ۴- کوتاه قدی شدید ۵- کم وزنی ۶- کوتاه قدی

تعیین شاخص های تن سنجی و اقدامات بر اساس بوکلت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم ویژه پزشک

- **لاغری شدید:** اگر منحنی وزن برای قد کودک پایین تر از $-3Z\text{-score}$ یا ادم دو طرفه گوذه گذار پا و یا $MUAC < 115\text{mm}$ باشد، کودک در طبقه بندی " لاغری شدید " قرار می گیرد. پس از معاینه اولیه و تثبیت وضعیت عمومی توسط پزشک، کودک به بیمارستان ارجاع داده می شود. پس از ترخیص کودک از بیمارستان، تمام اقدامات مشابه برای یک کودک لاغر نیز برای او انجام می شود. در برنامه حمایتی تغذیه ای، منظور از کودک مبتلاء به لاغری شدید فقط کودکی است که در صورت ارجاع به بیمارستان، ترخیص شده است، می باشد. بر اساس بوکلت کودک سالم (برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم)، پس از اخذ شرح حال، معاینه فیزیکی کامل و ارزیابی وضعیت تغذیه توسط پزشک (طبق بوکلت غیر پزشک)، آزمایش های اولیه را درخواست می کند. در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایش ها و فقدان امکان تشخیصی درمانی به مرکز تخصصی ارجاع داده می شود. در صورت طبیعی بودن آزمایش ها از طریق پزشک، کودک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شود. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه کودک، تعیین امنیت غذایی خانوار و تعیین شاخص های تن سنجی کودک برنامه غذایی مناسب او را تنظیم نموده و آموزش و توصیه های تغذیه ای مناسب را به مادر ارائه می کند. همچنین، وضعیت کودک را جهت حمایت تغذیه ای به پزشک اعلام می کند. در برخی از مناطق روستایی که دسترسی به کارشناس تغذیه نمی باشد، پس از ویزیت پزشک کارشناس تغذیه ستادی شهرستان مسئولیت تایید، پیگیری و نحوه ارائه خدمات مشاوره تغذیه را تصمیم گیری و بعهده دارد. درضمن، ممکن است برخی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مراکز معین معرفی شوند.

- **لاغری:** اگر منحنی وزن برای قد کودک مساوی $-3Z\text{-score}$ تا پایین تر از $-2Z\text{score}$ یا $115\text{mm} < MUAC < 125\text{mm}$ باشد، کودک در طبقه بندی " لاغر " قرار می گیرد. بر اساس بوکلت کودک سالم، پس از اخذ شرح حال، معاینه فیزیکی کامل و ارزیابی وضعیت تغذیه توسط پزشک (طبق بوکلت غیر پزشک)، آزمایش های اولیه را درخواست می کند. در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایش ها و فقدان امکان تشخیصی درمانی به مرکز تخصصی ارجاع داده می شود. در صورت طبیعی بودن آزمایش ها از طریق پزشک، کودک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شود. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه کودک، تعیین امنیت غذایی خانوار و

تعیین شاخص های تن سنجی کودک برنامه غذایی مناسب او را تنظیم نموده و آموزش و توصیه های تغذیه ای مناسب را به مادر ارائه می کند. همچنین، وضعیت کودک را جهت حمایت تغذیه ای به پزشک اعلام می کند. در برخی از مناطق روستایی که دسترسی به کارشناس تغذیه نمی باشد، پس از ویزیت پزشک کارشناس تغذیه ستادی شهرستان مسئولیت تایید، پیگیری و نحوه ارائه خدمات مشاوره تغذیه را تصمیم گیری و بعهده دارد. در ضمن، ممکن است برخی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مراکز معین معرفی شوند.

- **کم وزنی شدید:** اگر منحنی وزن برای سن کودک پایین تر از $Z\text{-score} -3$ باشد، کودک در طبقه بندی "کم وزنی شدید" قرار می گیرد. در صورتی که کودک دچار ادم دو طرفه در پاها، وجود بیماری های همراه (غیر از سرماخوردگی یا فارنژیت ساده) و یا $MUAC < 115mm$ باشد، پس از اقدامات اولیه و تثبیت وضعیت کودک از طریق پزشک به بیمارستان ارجاع داده می شود. در غیر این صورت پس از اخذ شرح حال، معاینه فیزیکی کامل و ارزیابی وضعیت تغذیه توسط پزشک (طبق بوکت غیر پزشک)، آزمایش های اولیه را درخواست می کند. در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایش ها و فقدان امکان تشخیصی درمانی به مرکز تخصصی ارجاع داده می شود. در صورت طبیعی بودن آزمایش ها از طریق پزشک، کودک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شود. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه کودک، تعیین امنیت غذایی خانوار و تعیین شاخص های تن سنجی کودک برنامه غذایی مناسب او را تنظیم نموده و آموزش و توصیه های تغذیه ای مناسب را به مادر ارائه می کند. همچنین، وضعیت کودک را جهت حمایت تغذیه ای به پزشک اعلام می کند. در برخی از مناطق روستایی که دسترسی به کارشناس تغذیه نمی باشد، پس از ویزیت پزشک کارشناس تغذیه ستادی شهرستان مسئولیت تایید، پیگیری و نحوه ارائه خدمات مشاوره تغذیه را تصمیم گیری و بعهده دارد. در ضمن، ممکن است برخی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مراکز معین معرفی شوند.

- **کم وزنی:** اگر منحنی وزن برای سن کودک مساوی $Z\text{-score} -3$ تا پایین تر از $Z\text{-score} -2$ باشد، کودک در طبقه بندی "کم وزنی" قرار می گیرد. ضمن اخذ شرح حال و معاینات فیزیکی کامل و ارزیابی وضعیت تغذیه توسط پزشک (طبق بوکت غیر پزشک) انجام می گردد. در صورت وجود بیماری درمان مناسب انجام می شود و در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایش ها و فقدان امکان تشخیصی درمانی به مرکز تخصصی ارجاع داده می شود. در صورت طبیعی بودن آزمایش ها از طریق پزشک، کودک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شود. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه کودک، تعیین امنیت غذایی خانوار و تعیین شاخص های تن سنجی کودک برنامه غذایی مناسب او را تنظیم نموده و آموزش و توصیه های تغذیه ای مناسب را به مادر ارائه می کند. در برخی از مناطق روستایی که دسترسی به کارشناس تغذیه نمی باشد، پس از ویزیت پزشک کارشناس تغذیه ستادی شهرستان مسئولیت تایید، پیگیری و نحوه ارائه خدمات مشاوره تغذیه را تصمیم گیری و بعهده دارد. در ضمن، ممکن است برخی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مراکز معین معرفی شوند.

- **کوتاه قدی شدید:** اگر منحنی قد برای سن کودک پایین تر از $Z\text{-score} -3$ باشد، کودک در طبقه بندی "کوتاه قدی شدید" قرار می گیرد. کودک از طریق پزشک به متخصص کودکان و همچنین جهت ارزیابی و مشاوره تغذیه به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شود. ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام پیگیری شود و سپس مشابه کوتاه قدی اقدام شود. بر اساس بوکت کودک سالم، پزشک باید منحنی های وزن برای سن و وزن برای قد کودک را بررسی کند. معاینه فیزیکی کامل و بررسی وجود علائم سیستمیک و بررسی های تکمیلی (شرح حال تغذیه ای، توجه به قد و تاخیر در بلوغ والدین، حال عمومی، تکامل، تناسب وزن برای قد، معاینه فیزیکی، بررسی های آزمایشگاهی) انجام شود. در

صورت غیر طبیعی بودن معاینه فیزیکی به متخصص کودکان ارجاه داده شود. پزشک جهت مشاوره تغذیه کودک را به کارشناس تغذیه ارجاع دهد. در صورت طبیعی بودن معاینه فیزیکی و بررسی های تکمیلی، طبق توالی بوکلت کودک سالم انجام خواهد شد. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه کودک، تعیین امنیت غذایی خانوار و تعیین شاخص های تن سنجی کودک برنامه غذایی مناسب او را تنظیم نموده و آموزش و توصیه های تغذیه ای مناسب را به مادر ارائه می کند. همچنین، وضعیت کودک را جهت حمایت تغذیه ای به پزشک اعلام می کند. در برخی از مناطق روستایی که دسترسی به کارشناس تغذیه نمی باشد، پس از ویزیت پزشک کارشناس تغذیه ستادی شهرستان مسئولیت تایید، پیگیری و نحوه ارائه خدمات مشاوره تغذیه را تصمیم گیری و بعهده دارد. درضمن، ممکن است برخی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مراکز معین معرفی شوند.

- **کوتاه قدی:** اگر منحنی قد برای سن کودک مساوی $Z\text{-score} -3$ تا پایین تر از $Z\text{-score} -2$ باشد، کودک در طبقه بندی "کوتاه قدی" قرار می گیرد. بر اساس بوکلت کودک سالم، پزشک منحنی های وزن برای سن و وزن برای قد کودک را بررسی کند. معاینه فیزیکی کامل و بررسی وجود علائم سیستمیک و بررسی های تکمیلی (شرح حال تغذیه ای، توجه به قد و تاخیر در بلوغ والدین، حال عمومی، تکامل، تناسب وزن برای قد، معاینه فیزیکی، بررسی های آزمایشگاهی) انجام شود. در صورت غیر طبیعی بودن معاینه فیزیکی به متخصص کودکان ارجاه داده شود. پزشک جهت مشاوره تغذیه کودک را به کارشناس تغذیه ارجاع دهد. در صورت طبیعی بودن معاینه فیزیکی و بررسی های تکمیلی، طبق توالی بوکلت کودک سالم انجام خواهد شد. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه کودک، تعیین امنیت غذایی خانوار و تعیین شاخص های تن سنجی کودک برنامه غذایی مناسب او را تنظیم نموده و آموزش و توصیه های تغذیه ای مناسب را به مادر ارائه می کند. همچنین، وضعیت کودک را جهت حمایت تغذیه ای به پزشک اعلام می کند. در برخی از مناطق روستایی که دسترسی به کارشناس تغذیه نمی باشد، پس از ویزیت پزشک کارشناس تغذیه ستادی شهرستان مسئولیت تایید، پیگیری و نحوه ارائه خدمات مشاوره تغذیه را تصمیم گیری و بعهده دارد. درضمن، ممکن است برخی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مراکز معین معرفی شوند.

اهداف:

هدف کلی: بهبود وضعیت تغذیه و رشد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه

اهداف اختصاصی:

- (۱) کاهش سوء تغذیه (لاغری، کم وزنی و کوتاه قدی) کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه
- (۲) ارتقاء الگوی تغذیه صحیح کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه
- (۳) ارتقاء کیفیت خدمات مشاوره تغذیه به مادران از طریق کارشناسان تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت
- (۴) ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در زمینه الگوی تغذیه صحیح و رشد کودکان
- (۵) ارتقای کیفیت اقلام غذایی و دریافت اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار غذایی بر اساس نیازهای تغذیه ای کودک
- (۶) افزایش دانش و مهارت پزشکان، کارشناسان تغذیه، مراقبین سلامت و بهورزان در زمینه الگوی تغذیه صحیح و رشد کودک

راهکارها:

- ✓ حمایت تغذیه ای کودکان دارای سوءتغذیه خانوارهای نیازمند با استفاده از تامین و دریافت اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی ماهانه بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار
- ✓ ارتقاء تبادل اطلاعات از طریق ایجاد بستر تبادل داده ها بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ✓ ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی - تغذیه ای کودکان در سیستم بهداشتی کشور
- ✓ آموزش کارکنان بهداشتی و مادران دارای کودک ۶ تا ۵۹ ماهه در زمینه تغذیه و مراقبت های تغذیه ای کودکان
- ✓ تقویت همکاری های درون و برون بخشی
- ✓ پایش و ارزشیابی (نحوه ی ارائه خدمات و مراقبت های تغذیه ای، وضعیت تغذیه کودکان بر اساس شاخص های تن سنجی و اقلام غذایی دریافتی خانوارها)

اقدامات:

اقدامات اول (حمایت تغذیه ای کودکان دارای سوء تغذیه خانوارهای نیازمند):

- ۱- شناسائی کودکان ۶ تا ۵۴ ماهه مبتلاء به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند براساس اطلاعات دریافتی از دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (با توجه به این که کودکان شش ماه تحت پوشش قرار خواهند گرفت)
- ۲- بررسی آزمون وسع سرپرست خانوار دارای کودک ۶ تا ۵۴ ماهه مبتلا به سوءتغذیه توسط پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و اولویت بندی افراد بر اساس دهک بندی ۱ تا ۱۰ از طریق طرح کالابری الکترونیکی
- ۳- تخصیص بودجه مورد نیاز از سوی سازمان برنامه و بودجه به صورت ماهانه با اعلام رسمی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ۴- تامین ، اختصاص و شارژ مبلغ مورد نظر برای حمایت از کودکان مبتلا به سوءتغذیه واجد شرایط در حساب یارانه سرپرستان خانوارهای کودکان مشمول برنامه برای خرید اقلام سبد غذایی معین با توافق سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از بستر طرح کالابری الکترونیکی شرکت فارا
- ۵- کودکان مشمول برنامه شش ماه تحت پوشش خواهند بود. اگر کودکان مبتلاء به هر یک از انواع شدید کم وزنی، کوتاه قدی یا لاغری باشند و پس از شش ماه در وضعیت کم وزنی، کوتاه قدی یا لاغری قرار گیرند، در صورت تامین اعتبار با توجه به این که هنوز مبتلاء به سوء تغذیه هستند ولی روند رو به بهبودی داشته اند در شش ماهه بعدی ممکن است تحت پوشش قرار گیرند در غیر این صورت حذف خواهند شد.
- ۶- شرایط حذف کودک در برنامه: کودکانی که هر کدام از شرایط زیر را داشته باشند حذف و کودک جدید (اولویت با کودک پشت نوبتی) جایگزین خواهد شد:
 - ✓ در صورتی که کودکی پس از مشمول واقع شدن برای پایش رشد به پایگاه/ خانه بهداشت مراجعه نکرد در همان ابتدا پس از دو بار اطلاع رسانی به خانواده ها در خصوص قطع برنامه در صورت عدم انجام پایش رشد کودک (دو پیگیری اول)، این کودکان از برنامه حذف شوند و جایگزین جدید اعلام گردد.
 - ✓ در صورت عدم بهبودی کودک (نداشتن نشانه های بهبودی در هر کدام از شاخص های تن سنجی در دو پیگیری پیاپی برای کودک زیر یک سال و سه پیگیری پیاپی یا حداقل پیگیری های دوم و سوم برای کودک بالای یک سال یا ارجاع کودک به پزشک در دوران پیگیری توسط کارشناس تغذیه/ مراقب سلامت/ بهورز و وجود دلایل غیر تغذیه ای در سوء تغذیه و عدم بهبودی او مانند بیماری کودک)
 - ✓ فوت کودک

- ✓ مهاجرت کودک
 - ✓ کودکان بد سرپرست در صورتیکه کارت یارانه علی رغم پیگیری توسط بهورز یا مراقب سلامت در اختیار کودک نمی باشد از فهرست حذف شوند.
 - ✓ پایان دوره
- اقدامات دوم (ارتقاء تبادل اطلاعات از طریق ایجاد بستر تبادل داده ها بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی):**
- ✓ تشکیل جلسات فنی کارشناسان مرکز مدیریت آمار و فن آوری اطلاعات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت شبکه و دفتر بهبود تغذیه جامعه به منظور پیاده سازی بستر داده های تن سنجی
 - ✓ ارسال مستندات سرویس تبادل دهک بندی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به مرکز مدیریت شبکه و مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات
 - ✓ اخذ مجوز کارگروه تعامل پذیری توسط مرکز مدیریت شبکه و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی از شورای اجرایی فناوری اطلاعات کشور
 - ✓ تعیین اولویت های تن سنجی کودکان، کدهای تشخیصی و مراقبتی سامانه های سطح یک توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه و ارسال به مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات
 - ✓ اعلام کدهای تشخیصی و مراقبتی به سامانه های سطح یک جهت پیاده سازی ساز و کار شناسایی کودکان
 - ✓ استفاده از سرویس نشان مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات در تبادل داده ها با وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
 - ✓ فراهم سازی بستر تبادل داده ها

اقدامات سوم (ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی - تغذیه ای کودکان در سیستم بهداشتی کشور):

- ✓ در صورت وجود کارشناس تغذیه، ارزیابی تغذیه ای کودک مبتلاء به سوء تغذیه و مراقبت های تغذیه ای توسط کارشناس تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت از طریق سامانه های پرونده الکترونیک (سیب، سینا، پارسا و ناب) شامل ارزیابی الگوی غذایی، عادات و رفتار غذایی کودک، تعیین شاخص های تن سنجی کودک، امنیت غذایی خانوار، آموزش چهره به چهره و گروهی، مشاوره تغذیه و تنظیم برنامه غذایی، تن سنجی، پایش رشد، پیگیری و ارجاع به پزشک انجام خواهد شد.
- ✓ بررسی کودک توسط پزشک و ارجاع به کارشناس تغذیه بر اساس برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم (در مراکز که کارشناس تغذیه حضور دارد).
- ✓ افزایش مهارت انجام تن سنجی کودک (اندازه گیری وزن و قد و مقایسه با منحنی های رشد) توسط مراقب سلامت و بهورز به منظور شناسایی کودکان مبتلا به سوء تغذیه بر اساس شاخص های (لاغری شدید، لاغری، کم وزنی شدید، کم وزنی، کوتاه قدی شدید و کوتاه قدی) و ارجاع به پزشک جهت بررسی بیشتر بر اساس برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم
- ✓ پایش رشد کودکان تحت پوشش برنامه حمایتی بر اساس برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم توسط مراقب سلامت و بهورز
- ✓ نظارت ستادی بر تن سنجی های انجام شده مراقب سلامت و بهورز جهت ارتقاء کیفیت خدمات در برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم با همکاری اداره جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس (گروه سلامت کودکان)
- ✓ پیگیری تاکید بر انجام آزمایشات لازم در صورت دستور پزشک، پیگیری دریافت مکمل مناسب برای گروه های سنی زیر ۲ سال توسط مراقبین سلامت یا بهورزان

✓ با توجه به این که در برخی مواقع تشخیص توسط سامانه سیب با جایگاه شاخص های تن سنجی بر روی منحنی های رشد کودک مغایرت نشان می دهد (بعنوان مثال کودک بر اساس تشخیص سامانه لاغر است اما منحنی وزن برای قد او منطبق بر منهای ۲ زد اسکور یا بیشتر از آن است که طبیعی است) حتما تشخیص و منحنی های رشد کودک کنترل شوند.

اقدامات چهارم) آموزش کارکنان بهداشتی و مادران دارای کودک ۶ تا ۵۹ ماهه در زمینه تغذیه و مراقبت های تغذیه ای کودکان (

- ✓ تدوین و بازنگری متون آموزشی برای گروههای هدف
- ✓ تدوین برنامه آموزشی (وبینارها، کارگاهها و کلاسهای آموزشی تئوری و عملی تغذیه تکمیلی) در سطح استان و شهرستان جهت پزشکان، مراقبین سلامت، بهورزان و کارشناسان تغذیه
- ✓ تهیه و پخش تیزرهای آموزشی در خصوص تغذیه کودکان (تغذیه با شیر مادر، اصول تغذیه تکمیلی، تغذیه کودکان یک تا پنج سال)، پایش رشد، تفسیر منحنی های رشد، اهمیت مصرف مکملها و منابع غذایی آنان
- ✓ آموزش تئوری به مادران در زمینه اصول تغذیه کودکان زیر پنج سال حضوری یا غیر حضوری
- ✓ نصب فهرست اقلام غذایی در پایگاه ها و خانه های بهداشت بر اساس آخرین دستور عمل برنامه، آموزش مادران توسط مراقبین سلامت و بهورزان در خصوص اهمیت استفاده از اقلام غذایی تامین شده از طریق شارژ کارت یارانه سرپرست خانوار برای کودکان به منظور بهبودی آنان
- ✓ تجهیز خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت به آشپزخانه های محلی و آموزش عملی به مادران در خصوص نحوه تهیه غذاهای کمکی در صورت امکان و تامین منابع مالی از طریق دانشگاه
- ✓ تخصیص اعتبار جهت آموزش
- ✓ برگزاری نشست خبری یا شرکت در برنامه های صدا و سیما استانی جهت اطلاع رسانی نحوی اجرای برنامه

اقدامات پنجم) تقویت همکاری های درون و برون بخشی):

- ✓ تشکیل جلسات مستمر کارشناسی و مدیریتی با حضور همکاران سازمان برنامه و بودجه کشور و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در سطح ستاد و در مواقع بروز مشکل برگزاری جلسات ویژه به منظور:
 - هماهنگی های بین بخشی
 - بررسی کارشناسی و تخصصی موضوعات ذیربط
 - بررسی مشکلات اجرایی و پیگیری رفع آن از طریق راهکارهای اجرایی
 - تعامل سامانه ای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و در اختیار قراردادن وب سرویس مورد نیاز.
 - اتصال سامانه های وزارت بهداشت به پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان و دسترسی به داده های به روز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق وب سرویس مربوطه.
- ✓ بازنگری دستور عمل اجرایی برنامه
- ✓ برگزاری جلسات فنی با مرکز مدیریت شبکه و مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات به منظور ایجاد بستر تبادل داده ها
- ✓ تشکیل جلسات مستمر کارشناسی و مدیریتی با حضور مدیران اداره تعاون یا رابط استانی و مدیر گروه بهبود تغذیه معاونت بهداشتی به منظور بررسی مشکلات، تعیین راهکار ها و اجرای آنان

✓ مکاتبه رسمی و ارائه هرگونه مشکل در شارژ اقلام غذایی کودکان، فروشگاه ها و مواردی که به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مرتبط می باشد، از طریق معاونت بهداشتی به اداره کل تعاون استان و رونوشت به دفتر بهبود تغذیه جامعه

اقدامات ششم (پایش و ارزشیابی):

✓ تعیین شاخص های عملکردی، تکمیل فرم عملکرد و گزارش جامع شامل اقدامات اجرایی، انجام کلیه راستی آزمائی های انجام شده، تحلیل چک لیست های نظارتی و ارسال تمام مستندات به دفتر بهبود تغذیه جامعه هر شش ماه یک بار

✓ ثبت فهرست کودکان تحت پوشش، ارزیابی و پیگیری آنان توسط کارشناسان تغذیه/مراقبین سلامت/بهورزان در فایل اکسل (فرم پایش روند رشد کودکان) جهت بازدید مدیران گروه بهبود تغذیه سطح ستاد و کارشناسان تغذیه در سطح شهرستان ها در بازدیدها (کنترل آن توسط تیمهای بازدید کارشناسی ستاد شهرستان)

✓ رصد سه ماهه روند وضعیت شاخص های تن سنجی کودکان توسط مدیران گروه بهبود تغذیه، کارشناسان تغذیه ستاد شهرستان ها و مراکز خدمات جامع سلامت و پیگیری لازم در صورت هر گونه افزایش یا کاهش غیر قابل قبول در وضعیت شاخص های تن سنجی کودکان مانند افزایش غیر قابل قبول در تعداد کودکان مبتلاء به سوء تغذیه.

✓ مشاهده کلیه مستندات (راستی آزمائی ها ، رصد ماهانه وضعیت تغذیه کودکان، چک لیست های پایش و...) توسط تیمهای ستادی (از سطح وزارتی تا شهرستان) نکته: در صورتی که مراقب سلامت یا بهورز کمتر از ۵ نفر کودک تحت پوشش برنامه حمایتی داشته باشد کلیه کودکان راستی آزمایی شوند.

✓ بازدید مدیران گروه بهبود تغذیه، کارشناسان تغذیه ستادی شهرستان ها با همکاران اداره تعاون از فروشگاه ها و نحوه دریافت اقلام غذایی، نوع اقلام غذایی و مطابقت با فهرست اقلام غذایی دستور عمل اجرایی برنامه و ارائه گزارش به اداره تعاون و رونوشت به دفتر بهبود تغذیه جامعه

✓ نظارت و پایش های مستمر در سطوح مختلف ستادی/استان/دانشگاه /شهرستان

✓ بررسی میدانی کلیه مدیران گروه بهبود تغذیه معاونت های بهداشتی و همچنین کارشناسان تغذیه ستاد شهرستان از برنامه و تکمیل چک لیست های پایش بر اساس برنامه های بازدید ماهانه از فعالیت های محیطی

✓ ارائه گزارش عملکرد و نتایج حاصل از حمایت های مرتبط با رفع سوءتغذیه از سوی وزارت بهداشت به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه

✓ ارائه گزارش تحقق یا توقف روند بهبود کودکان به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در راستای اعمال در سیاستهای حمایتی و تخصیص اعتبار و شارژ حساب سرپرستان خانوار مشمول.

وظایف بخش های مختلف در برنامه :

۱- وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

- تعیین سبد غذایی مورد نیاز کودکان مبتنی بر کالری مورد نیاز و متناسب با اعتبار و بودجه تخصیص یافته از سوی سازمان برنامه و بودجه
- جمع بندی اسامی کودکان ۶ تا ۵۴ ماهه مبتلا به سوءتغذیه شناسائی شده و ارسال اسامی آنان به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

- پایش و نظارت مستمر از فعالیت‌های اجرایی برنامه در پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت بویژه تن‌سنجی و نوع اقلام غذایی دریافتی از طریق نظارت ستادی بر اساس برنامه های بازدید ماهانه از فعالیت های محیطی
- ارسال آمار و اطلاعات مرتبط با گروه هدف برنامه به صورت بهنگام و تدقیق شده به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- نظارت و بازدید دوره ای از نحوه عملکرد استان ها/ دانشگاه ها با همکاران وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور
- همکاری در تدوین تفاهم نامه، دستورعمل/ شیوه نامه و بخشنامه‌های اجرایی
- ارائه گزارش تحقق یا توقف روند بهبود کودکان به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در راستای اعمال در سیاست‌های حمایتی و تخصیص اعتبار و شارژ حساب سرپرستان خانوار مشمول.
- امکان ایجاد دسترسی به سامانه‌های در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و در اختیار قراردادن وب سرویس تن سنجی کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه مبتلا به سوءتغذیه از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

وظایف در سطح مرکز بهداشت استان و شهرستان

- شناسائی کودکان مبتلاء به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند به تفکیک شهرستان ها و تکمیل اطلاعات لازم و ارسال به دفتر بهبود تغذیه جامعه
- ارسال فهرست کودکان حذف شده از برنامه قبل از اتمام دوره (نبودن کودک در محدوده سنی گروه هدف یا مهاجرت) به دفتر بهبود تغذیه جامعه جهت قطع حمایت (طبق ضوابط دستورعمل) هر دو ماه یکبار
- اعلام مشکلات اجرایی نظیر شارژ نکردن کارت یارانه سرپرست خانوار تعریف شده بیشتر از فاصله زمانی یک ماهه و اعلام کتبی اسامی فروشگاه هایی که خلاف قانون عمل نمایند به دفتر بهبود تغذیه جامعه
- تکمیل فرم ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان (فرم عملکرد) تحت پوشش برنامه پس از شش ماه دریافت اقلام غذایی، تدوین گزارش اقدامات اجرایی، راستی آزمائی ها و تحلیل چک لیست های نظارتی و ارسال به دفتر بهبود تغذیه جامعه (لازم به ذکر هست دانشگاه ها به منظور تقویت پایش برنامه می توانند فرم ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان را هر سه ماه یک بار از شهرستان ها دریافت و درصد بهبودی کودکان در هر دوره شش ماهه را بررسی و تحلیل نمایند و در صورت بروز مشکل اقدام لازم را انجام دهند)
- برگزاری جلسه توجیهی برای مادران کودکان تحت پوشش در اولین ماه اجرای برنامه و تاکید بر استفاده از اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار برای کودکان و پایش ماهانه وزن و قد کودک توسط بهورز/ مراقب سلامت و تاکید به خانواده بر اهمیت روند افزایش وزن و قد مطلوب کودکان و بهبودی شاخص های تن سنجی آنان در تداوم دریافت اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست
- مدیریت بر اجرای برنامه توسط مدیر گروه بهبود تغذیه استان/ دانشگاه و تعیین مشکلات اجرایی، پیگیری و ارائه راهکارهای اجرایی مناسب و ارسال گزارش اقدامات به دفتر بهبود تغذیه جامعه
- بازدید و بررسی میدانی کلیه مدیران گروه بهبود تغذیه و همچنین کارشناسان تغذیه ستاد شهرستان در ابتدای برنامه در خصوص فرایند اجرای برنامه و انعکاس مشکلات اجرایی به دفتر بهبود تغذیه جامعه
- ارتقای کیفیت خدمات مشاوره تغذیه توسط کارشناسان تغذیه و انجام مراقبت های تغذیه ای (تنظیم برنامه غذایی کودک مبتلاء به سوء تغذیه، پایش، پیگیری، ارجاع و...) بر اساس بسته آموزشی تغذیه و رژیم درمانی برای کودکان زیر

پنج سال مبتلاء به سوء تغذیه و پیرو برگزاری کارگاه توانمند سازی کارشناسان تغذیه (در هنگام نظارت توسط ناظرین بررسی شود).

- آموزش کارشناسان تغذیه در زمینه مباحث مرتبط به تغذیه و پایش رشد کودک (بوکلت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم ویژه پزشک و غیر پزشک) و ضرورت وجود فایل بوکلت در سیستم تمام کارشناسان تغذیه / مراقبین سلامت / بهورزان (در هنگام نظارت توسط ناظرین کنترل شود).
- تهیه، طراحی و چاپ متون آموزشی با هماهنگی دفتر بهبود تغذیه جامعه
- برگزاری وبینارها، کارگاهها، کلاس ها و سمینارهای آموزشی به منظور تقویت برنامه پایش رشد کودکان و تقویت مراقبت های تغذیه ای از جمله اصول و خدمات مشاوره تغذیه نظیر برگزاری کارگاه های کنترل و پیشگیری سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال ویژه پزشکان/ کارشناسان تغذیه / مراقبین سلامت / بهورزان و کارگاه های آموزشی در حیطه مشاوره تغذیه ویژه کارشناسان تغذیه
- آموزش همگانی تغذیه از طریق رسانه های گروهی، صدا و سیما، آموزش های چهره به چهره و گروهی در صورت امکان
- تجهیز آشپزخانه های محلی در خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت در صورت امکان
- تقویت برنامه مراقبت تغذیه ای و پایش رشد کودکان در خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت
- پایش و نظارت مستمر از فعالیت های اجرایی برنامه در پایگاه ها و خانه های بهداشت بر اساس برنامه های بازدید ماهانه از فعالیت های محیطی
- اعلام شفاهی فهرست اقلام غذایی و اسامی فروشگاه های منتخب به خانواده ها جهت اطلاع

۲- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

- انجام آزمون وسیع و ارسال اطلاعات کودکان واجد شرایط در سراسر کشور به دفتر بهبود تغذیه جامعه
- مشخص نمودن اعتبار تخصیص یافته برای هر کودک بر اساس اعتبار تخصیص یافته از سوی سازمان برنامه و بودجه کشور برای اجرای برنامه، هماهنگی و پیگیری جهت شارژ ماهیانه دریافت اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار
- اعلام کتبی زمان شارژ هر ماه به دفتر بهبود تغذیه جامعه
- برگزاری جلسات مستمر با همکاران دفتر بهبود تغذیه جامعه و سازمان برنامه و بودجه کشور به منظور ارائه مشکلات اجرایی، پیگیری و تعیین راهکارهای اجرایی مناسب
- هماهنگی با دفتر بهبود تغذیه جامعه در خصوص فهرست اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار غذایی
- پیگیری و اخذ اعتبارات در چارچوب قانون بودجه سالانه به جهت تامین مالی برنامه از سازمان برنامه و بودجه کشور
- مدیریت، هماهنگی، نظارت و جذب سهمیه ابلاغ شده و تعداد دفعات شارژ دریافت اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار برای کودکان مبتلا به سوء تغذیه
- جایگزین نمودن برخی کودکان به دلایلی از جمله مهاجرت یا نبودن کودک در محدوده سنی گروه هدف با معرفی وزارت بهداشت
- نظارت و بازدید دوره ای از نحوه عملکرد استان ها/ دانشگاه ها با همکاران دفتر بهبود تغذیه جامعه و سازمان برنامه و بودجه
- همکاری در تدوین تفاهم نامه، دستور عمل/ شیوه نامه و بخشنامه های اجرایی

۳- سازمان برنامه و بودجه کشور:

- تامین و تخصیص به موقع بودجه مصوب از محل ردیف برنامه رفع سوء تغذیه کودکان (برنامه حمایت تغذیه ای کودکان) به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- نظارت و بازدید دوره ای از نحوه عملکرد استان ها/ دانشگاه ها با همکاران دفتر بهبود تغذیه جامعه و سازمان برنامه و بودجه
- همکاری در تدوین تفاهم نامه، دستور عمل/ شیوه نامه و بخشنامه های اجرایی
- تامین و تخصیص اعتبار مربوط به «برنامه رفع سوء تغذیه کودکان» از سوی سازمان برنامه و بودجه به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و توزیع این اعتبار در بستر طرح کالابریگ الکترونیکی با مشارکت شرکت فارا- به عنوان تنها شرکت دارنده سوئیچ رفاهی وزارت متبوع و دولت در اجرای طرح ملی کالابریگ الکترونیکی-

مراحل حمایت تغذیه ای از کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه مبتلا به سوء تغذیه در خانوارهای نیازمند

- ۱- شاخص های تن سنجی کودکان و شناسائی کودکان دارای لاغری شدید، لاغر، کم وزنی شدید، کم وزنی، کوتاه قدی شدید و کوتاه قدی بر اساس برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم تعیین گردد. سپس مشخصات کودکان واجد شرایط از طریق بهورزان و مراقبین سلامت از طریق تکمیل فایل اکسل به مسئول یا کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت ارسال گردد. بدیهی است پس از فراهم شدن بستر تبادل داده ها، نیازی به تکمیل فایل اکسل نمی باشد.
- ۲- فهرست کودکان معرفی شده به مراکز خدمات جامع سلامت از خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشتی جمع بندی و توسط مسئول مرکز خدمات جامع سلامت به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.
- ۳- واحد تغذیه مرکز بهداشت شهرستان فهرست کودکان معرفی شده از مراکز را جمع بندی کرده و به گروه بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشتی استان / دانشگاه ارسال می کند.
- ۴- ارسال فهرست نهائی کل کودکان به تفکیک دانشگاه ها به دفتر بهبود تغذیه جامعه
- ۵- جمع بندی اطلاعات دانشگاه ها توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه و ارسال به دفتر امور حمایتی و توانمندسازی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ۶- انجام آزمون وسع و تعیین فهرست نهایی کودکان واجد شرایط و تحت پوشش برنامه به تفکیک دانشگاه ها توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ۷- تامین و تخصیص اعتبار ماهانه مربوط به «برنامه رفع سوء تغذیه کودکان» از سوی سازمان برنامه و بودجه کشور به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و توزیع این اعتبار در بستر طرح کالابریگ الکترونیکی با مشارکت شرکت فارا- به عنوان تنها شرکت دارنده سوئیچ رفاهی وزارت متبوع و دولت در اجرای طرح ملی کالابریگ الکترونیکی
- ۸- شارژ ماهیانه دریافت اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار (حساب سرپرست خانوار در طرح کالابریگ الکترونیکی) تحت پوشش برنامه توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ۹- انجام کلیه مراقبت های تغذیه ای (تن سنجی، ارزیابی فرم های تغذیه ای ، آموزش تغذیه به مادران، مشاوره تغذیه، آموزش نحوه ی استفاده از اقلام غذایی _تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار ، تنظیم برنامه غذایی، پیگیری و ارجاع به پزشک)

۱۰- تکمیل فایل ارزیابی وضع تغذیه کودکان تحت پوشش برنامه (فرم عملکرد) و تدوین گزارش اقدامات اجرایی برنامه و راستی آزمائی ها پس از شش ماه در خانه های بهداشت/ پایگاه ها و جمع بندی و ارسال به مراکز بهداشت هر شهرستان و جمع بندی نهائی توسط مرکز/ شبکه بهداشت دانشگاه/ استان و ارسال توسط معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده (رئیس گروه بهبود تغذیه دانشگاه/ دانشکده) به دفتر بهبود تغذیه جامعه

۱۱- ارائه گزارش تن سنجی به دفتر امور حمایتی و توانمندسازی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی هر ۶ ماه یکبار

۱۲- حمایت از کودک با هر یک از انواع سوء تغذیه بمدت شش ماه و در صورت تامین اعتبار کودکان دارای روند رو به بهبودی در کودکان مبتلاء به لاغری شدید، کوتاه قدی شدید و کم وزنی شدید یک دوره شش ماهه دیگر نیز حمایت خواهند شد. قطع حمایت در صورت دارا بودن یکی از شروط حذف کودک که در مباحث قبلی ذکر شده است.

۱۳- اتصال سامانه های وزارت بهداشت به پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان و دسترسی به داده های به روز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق وب سرویس مربوطه.

۱۴- آموزش خانواده ها در خصوص آشنائی با کلیه اقلام غذایی مورد نیاز کودک که از طریق شارژ کالا برگ الکترونیکی دریافت می شود و تاکید بر خرید همان اقلام توسط خانواده و هر ماه یک جلسه با موضوع آموزش تغذیه کودک زیر ۵ سال ویژه کودکان تحت پوشش برنامه حمایت تغذیه ای در صورت امکان در سامانه های سطح یک برای مراقب سلامت/ بهورز باز شده و والدین کودک ملزم به شرکت در این جلسات شوند. پس از شرکت در جلسه و ثبت کدملی در فهرست آموزش دیدگان امکان کنترل آموزشها نیز وجود خواهد داشت. در این جلسه بهورزان/ مراقبین سلامت ضمن آموزش تغذیه، به استفاده از مواد غذایی و مورد نیاز کودک از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار تاکید نمایند.

۱۵- پس از انجام پیگیری ها و انجام اقدامات لازم از جمله ارزیابی الگوی تغذیه، آموزش مادر، مشاوره، تغذیه، وضعیت امنیت غذایی، بررسی شاخص های تن سنجی و تنظیم برنامه غذایی توسط کارشناس تغذیه، در صورت روند مناسب وزن گیری و صعودی شدن شیب منحنی وزن برای سن یا وزن برای قد، پایش رشد و سایر خدمات آموزشی تا پایان برنامه توسط مراقب سلامت یا بهورز بر اساس برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم انجام خواهد شد.

مدت زمان شارژ اقلام غذایی تعریف شده

با توجه به این که شارژ اقلام غذایی از شهریور ماه سال ۱۴۰۳ آغاز شده است و تخصیص بودجه از اردیبهشت تا اسفند ماه انجام خواهد شد بنابراین تا پایان اسفند ماه سال ۱۴۰۳، یازده نوبت شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار برای کلیه سرپرستان کودکان تحت پوشش برنامه، به مبلغ ۱ میلیون و صد هزار تومان (دهک ۱ تا ۵) و ۶۶۰ هزار تومان (دهک ۶ و ۷) انجام می گردد.

نحوه انجام پایش رشد کودکان و اقدام بعد از یک دوره ۶ ماهه دریافت حمایت تغذیه ای :

پس از یک دوره ۶ ماهه دریافت اقلام غذایی از طریق شارژ آنها بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار و انجام کلیه مراقبت های تغذیه ای توسط کارشناس تغذیه/ مراقب سلامت/ بهورز، کودک بر اساس پایش رشد و اندازه گیری وزن و قد در پایان یک دوره ۶ ماهه در هر شاخص سوءتغذیه دو نوع طبقه بندی داریم ۱- کودک بهبود یافته ۲- کودک با روند رو به بهبود شرایط هر طبقه بندی به شرح زیر می باشد :

۱- شرایط طبقه بندی بهبودی :

بر اساس شاخص وزن برای سن (کم وزنی و کم وزنی شدید)

- جایگاه امتیاز Z وزن برای سن مساوی یا بیشتر از ۲- در پایان دوره شش ماهه (بررسی توسط کارشناس تغذیه در صورت نبود کارشناس تغذیه توسط مراقب سلامت/ بهورز انجام خواهد شد).
- بر اساس شاخص قد برای سن (کوتاه قدی و کوتاه قدی شدید)
- جایگاه امتیاز Z قد برای سن مساوی یا بیشتر از ۲- در پایان دوره شش ماهه (بررسی توسط کارشناس تغذیه در صورت نبود کارشناس تغذیه توسط مراقب سلامت/ بهورز انجام خواهد شد).
- بر اساس شاخص وزن برای قد (لاغری و لاغری شدید)
- جایگاه امتیاز Z وزن برای قد مساوی یا بیشتر از ۲- در پایان دوره شش ماهه (بررسی توسط کارشناس تغذیه در صورت نبود کارشناس تغذیه توسط مراقب سلامت/ بهورز انجام خواهد شد).

نکته مهم :

- در صورتی که در زمان های انجام مراقبت، کودک به پایگاه سلامت / خانه بهداشت مراجعه نکرد، بایستی طی تماس تلفنی لزوم حضور ایشان و پیگیری های مربوطه تاکید شود.
 - در صورت بهبودی کودک می تواند تحت مراقبت های مراقب سلامت/ بهورز قرار گرفته و توصیه های مرتبط با اصلاح الگوی غذایی و تغذیه مناسب را ادامه دهد.
- ۲- شرایط طبقه بندی روند رو به بهبودی :**

کودک بر اساس پایش رشد و اندازه گیری وزن و قد دارای هر دو شرط زیر باشد :

بر اساس شاخص وزن برای سن (کم وزنی شدید) :

- افزایش وزن مناسب و روند صعودی منحنی وزن برای سن در پایان دوره شش ماهه
 - جایگاه امتیاز Z وزن برای سن در محدوده کمتر از ۲- تا مساوی ۳- (کم وزنی)
- بر اساس شاخص قد برای سن (کوتاه قدی شدید/ کوتاه قدی)**

- افزایش قد مناسب و روند صعودی منحنی قد برای سن در پایان دوره شش ماهه
 - جایگاه امتیاز Z قد برای سن در محدوده کمتر از ۲- تا مساوی ۳- (کوتاه قدی)
- بر اساس شاخص وزن برای قد (لاغری شدید)**

- افزایش وزن مناسب و روند صعودی منحنی وزن برای قد در پایان دوره شش ماهه
- جایگاه امتیاز Z وزن برای قد در محدوده کمتر از ۲- تا مساوی ۳- (لاغری)

نکته مهم :

- در صورتی که در زمان های انجام مراقبت، کودک به پایگاه سلامت / خانه بهداشت مراجعه نکرد، بایستی طی تماس تلفنی لزوم حضور ایشان و پیگیری های مربوطه تاکید شود.
- در صورتی که کودک مبتلاء به لاغری شدید و کم وزنی شدید پس از ارزیابی در یک دوره زمانی شش ماهه در طبقه بندی لاغری یا کم وزنی قرار گرفت و دارای روند رو به بهبودی بود. با توجه به این که کودک هنوز مبتلاء به سوء تغذیه می باشد، کلیه مراقبت های تغذیه ای توسط کارشناس تغذیه/ مراقب سلامت/ بهورز ادامه خواهد داشت و در صورت تامین اعتبار حمایت های تغذیه ای تا مرحله بهبودی کودک تداوم خواهد داشت.

پیگیری کودکان مبتلا به سوءتغذیه توسط کارشناس تغذیه :

کودکان دارای لاغری شدید / لاغری / کم وزنی شدید / کم وزنی :

✓ برای کودکان زیر یک سال بعد از مراجعه کودک به کارشناس تغذیه و انجام ارزیابی تغذیه کودک، دو پیگیری و برای کودکان بالای یک سال سه پیگیری توسط کارشناس تغذیه لازم است. اولین پیگیری برای کودک بر حسب سن کودک بر اساس بوکلت کودک سالم (زیر یک سال هر دو هفته یک بار و بالای یک سال ۱ ماه بعد) می باشد.

✓ در پیگیری کارشناس تغذیه موظف هست وزن و قد کودک را اندازه گیری نموده و روند رشد کودک را بر اساس شاخص های تن سنجی تعیین نماید. همچنین طی گفتگو با مادر ، اجرای توصیه های تغذیه ای توسط مادر را ارزیابی و در صورت نیاز آموزش یا توصیه های جدید به او ارائه کند.

کودکان مبتلا به کوتاه قدی شدید / کوتاه قدی:

✓ برای کودکان زیر یک سال بعد از مراجعه کودک به کارشناس تغذیه و انجام ارزیابی تغذیه کودک، دو پیگیری (هر پیگیری به فاصله یک ماه) و برای کودکان بالای یک سال سه پیگیری (هر پیگیری توسط کارشناس تغذیه به فاصله یک ماه) لازم است.

✓ در پیگیری کارشناس تغذیه موظف هست وزن و قد کودک را اندازه گیری نموده و روند رشد کودک را بر اساس شاخص های تن سنجی تعیین نماید. همچنین طی گفتگو با مادر ، اجرای توصیه های تغذیه ای توسط مادر را ارزیابی و در صورت نیاز آموزش یا توصیه های جدید به او ارائه کند.

○ در صورتی که در زمان مورد نظر کودک به مرکز خدمات جامع سلامت مراجعه نکرد، بایستی طی تماس تلفنی لزوم حضور کودک و پیگیری های مربوطه تاکید شود

شاخص های ارجاع کودک توسط کارشناس تغذیه به پزشک :

(کوتاه قدی شدید و کوتاه قدی):

✓ تداوم روند افقی یا نزولی شیب منحنی قد برای سن در هر زمان از پیگیری کودک توسط کارشناس تغذیه

(کم وزنی شدید / کم وزنی)

✓ نداشتن افزایش وزن مناسب در اولین پیگیری بعدی در مقایسه با زمان پذیرش توسط کارشناس تغذیه

✓ روند افقی یا نزولی شیب منحنی وزن برای سن در هر زمان از پیگیری کودک توسط کارشناس تغذیه

✓ تغییر امتیاز زد وزن برای سن از کمتر از منهای ۲ زد اسکور به منهای ۳ زد اسکور برای کودکان کم وزن و برای کودکان کم وزن شدید کمتر از جایگاه قبلی زد اسکور وزن برای سن آنان در هر زمان از دوره مراقبت توسط کارشناس تغذیه

(لاغری شدید / لاغری)

✓ نداشتن افزایش وزن مناسب در اولین مراقبت بعدی در مقایسه با زمان پذیرش توسط کارشناس تغذیه

✓ روند افقی یا نزولی شیب منحنی وزن برای سن در هر زمان از دوره مراقبت توسط کارشناس تغذیه

✓ تغییر امتیاز زد وزن برای سن از کمتر از منهای ۲ زد اسکور به منهای ۳ زد اسکور برای کودکان لاغر و برای کودکان لاغری شدید کمتر از جایگاه قبلی زد اسکور وزن برای سن آنان در هر زمان از دوره مراقبت توسط کارشناس تغذیه

نکات قابل توجه :

- در مراکزی که کارشناس تغذیه در دسترس نمی باشد، فواصل پیگیری ها توسط مراقب سلامت/ بهورز بر اساس برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم انجام خواهد شد.
- پس از ارائه مشاوره و آموزش تغذیه ای – بهداشتی در اولین مراقبت توسط مراقب سلامت / کارشناس تغذیه در صورت حضور، از مادر یا مراقب کودک درخواست کند تا در صورت امکان دو الی سه هفته بعد مجدداً مراجعه کند. در این ملاقات بررسی گردد که آیا مادر موفق به اجرای توصیه های تغذیه ای شده است؟ مشکلات آنها در اجرای توصیه ها بررسی و سعی در رفع مشکلات گردد.
- پس از دریافت اولین ارقام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار از مادر خواسته شود تا مراجعه نماید و از او در مورد کمیت و کیفیت ارقام غذایی سوال شود. آیا مادر به نحو مطلوب از ارقام غذایی برای تغذیه کودک استفاده می کند؟ در صورت مشکل جهت رفع آن اقدامات لازم به عمل آید.
- به منظور تعیین روند مطلوب وزن گیری کودکان مراقب سلامت، بهورز و کارشناس تغذیه می توانند از میزان افزایش وزن و قد کودکان بر حسب سن به شرح زیر استفاده نمایند:

جدول ۱: متوسط میزان افزایش وزن و قد کودک (۱-۰ سال)

| سن | وزن روزانه (گرم) | وزن ماهانه (گرم) | قد روزانه (میلیمتر) | قد ماهانه (سانتی متر) |
|----------|------------------|------------------|---------------------|-----------------------|
| ۳-۰ ماه | ۳۰-۲۰ | ۹۰۰-۶۰۰ | ۱ | ۳ |
| ۶-۳ ماه | ۲۱-۱۵ | ۶۳۰-۴۵۰ | ۰,۷ | ۲ |
| ۱۲-۶ ماه | ۱۳-۱۰ | ۳۹۰-۳۰۰ | ۰,۵ | ۱,۴ |

جدول ۲: متوسط میزان افزایش وزن و قد کودک (۵-۱ سال)

| سن | وزن ماهانه (گرم) | قد ماهانه (سانتیمتر) |
|------------|----------------------|----------------------|
| ۱ تا ۳ سال | ۲۳۰ | ۱ |
| | وزن سالانه (کیلوگرم) | قد سالانه (سانتیمتر) |
| ۳ تا ۵ سال | ۲ | ۷ |

پیوست‌ها

فرم عملکرد برنامه حمایت تغذیه ای کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه

دانشگاه علوم پزشکی سال ...

| شهرستان / روستا / دهستان | تعداد | عنوان | ردیف |
|--------------------------|-------|---|------|
| | | تعداد کل کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش دانشگاه در طول یک سال | ۱ |
| | | تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه معرفی شده به وزارت رفاه جهت حمایت تغذیه ای در طول برنامه | ۲ |
| | | تعداد کودکان دریافت کننده اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار توسط وزارت رفاه در طول برنامه | ۳ |
| | | درصد کودکان دریافت کننده اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار توسط وزارت رفاه در طول برنامه | ۴ |
| | | تعداد کودکان مبتلاء به لاغری شدید در ابتدای برنامه | ۵ |
| | | تعداد کودکان مبتلاء به لاغری شدید بهبود یافته در انتهای برنامه | ۶ |
| | | درصد کودکان مبتلاء به لاغری شدید بهبود یافته در انتهای برنامه | ۷ |
| | | تعداد کودکان دارای روند رو به بهبودی لاغری شدید در انتهای برنامه | ۸ |
| | | درصد کودکان دارای روند رو به بهبودی لاغری شدید در انتهای برنامه | ۹ |

| | | | |
|--|--|--|----|
| | | تعداد کودکان مبتلاء به لاغری در ابتدای برنامه | ۱۰ |
| | | تعداد کودکان مبتلاء به لاغری بهبود یافته در انتهای برنامه | ۱۱ |
| | | درصد کودکان مبتلاء به لاغری بهبود یافته در انتهای برنامه | ۱۲ |
| | | تعداد کودکان مبتلاء به کم وزنی شدید در ابتدای برنامه | ۱۳ |
| | | تعداد کودکان مبتلاء به کم وزنی شدید بهبود یافته در انتهای برنامه | ۱۴ |
| | | درصد کودکان مبتلاء به کم وزنی شدید بهبود یافته در انتهای برنامه | ۱۵ |
| | | تعداد کودکان دارای روند رو به بهبودی کم وزنی شدید در انتهای برنامه | ۱۶ |
| | | درصد کودکان دارای روند رو به بهبودی کم وزنی شدید در انتهای برنامه | ۱۷ |
| | | تعداد کودکان مبتلاء به کم وزنی در ابتدای برنامه | ۱۸ |
| | | تعداد کودکان مبتلاء به کم وزنی بهبود یافته در انتهای برنامه | ۱۹ |
| | | درصد کودکان مبتلاء به کم وزنی بهبود یافته در انتهای برنامه | ۲۰ |
| | | تعداد کودکان مبتلاء به کوتاه قدی شدید در ابتدای برنامه | ۲۱ |
| | | تعداد کودکان مبتلاء به کوتاه قدی شدید بهبود یافته در انتهای برنامه | ۲۲ |

| | | | |
|--|--|---|----|
| | | درصد کودکان مبتلاء به کوتاه قدی شدید بهبود یافته در انتهای برنامه | ۲۳ |
| | | تعداد کودکان دارای روند رو به بهبودی کوتاه قدی شدید در انتهای برنامه | ۲۴ |
| | | درصد کودکان دارای روند رو به بهبودی کوتاه قدی شدید در انتهای برنامه | ۲۵ |
| | | تعداد کودکان مبتلاء به کوتاه قدی در ابتدای برنامه | ۲۶ |
| | | تعداد کودکان مبتلاء به کوتاه قدی بهبود یافته در انتهای برنامه | ۲۷ |
| | | درصد کودکان مبتلاء به کوتاه قدی بهبود یافته در انتهای برنامه | ۲۸ |
| | | تعداد کودکان دارای روند رو به بهبودی کوتاه قدی در انتهای برنامه | ۲۹ |
| | | درصد کودکان دارای روند رو به بهبودی کوتاه قدی در انتهای برنامه | ۳۰ |
| | | تعداد مادران کودکان ۱۲-۶ ماهه (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی (تئوری-عملی) در طول برنامه | ۳۱ |
| | | تعداد مادران کودکان ۱۲-۶ ماهه (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی (تئوری-عملی) در طول برنامه | ۳۲ |
| | | درصد مادران کودکان ۱۲-۶ ماهه (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی (تئوری-عملی) در طول برنامه | ۳۳ |
| | | تعداد مادران کودکان ۵-۱ سال (تحت پوشش برنامه حمایتی) در طول برنامه | ۳۴ |
| | | تعداد مادران کودکان ۵-۱ سال (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه کودک ۵- | ۳۵ |

| | | | |
|--|--|--|----|
| | | ۱ سال در طول برنامه | |
| | | درصد مادران کودکان ۵-۱ سال (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه کودک ۵-۱ سال در طول برنامه | ۳۶ |
| | | تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی مراجعه کننده جهت مشاوره تغذیه در طول برنامه | ۳۷ |
| | | درصد پوشش کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی دریافت کننده خدمات مشاوره تغذیه در طول برنامه | ۳۸ |
| | | تعداد وبینارها، کارگاهها و کلاس های آموزشی برگزار شده در طول برنامه (ویژه برنامه حمایتی) | ۳۹ |
| | | تعداد شرکت کنندگان در وبینارها، کارگاههای آموزشی و کلاس های آموزشی برگزار شده در طول برنامه (ویژه برنامه حمایتی) | ۴۰ |
| | | تعداد بازدیدهای مدیر گروه بهبود تغذیه ستاد دانشگاه از روند اجرایی برنامه در طول برنامه | ۴۱ |
| | | تعداد بازدیدهای کارشناسان تغذیه ستاد شهرستان / کارشناس مسئول مرکز خدمات جامع سلامت از روند اجرایی برنامه در طول برنامه | ۴۲ |
| | | تعداد راستی آزمائی انجام شده در طول برنامه | ۴۳ |

تاریخ تکمیل :

نام و امضای تکمیل کننده فرم:

دستور عمل تکمیل فرم عملکرد برنامه حمایتی تغذیه ای

این فرم بیانگر عملکرد یک دوره شش ماهه از اقدامات اجرایی برنامه در راستای بهبود تغذیه کودکان شامل آموزش، مشاوره تغذیه، شارژ کارت یارانه سرپرست خانوار و ... می باشد که توسط مسئولین برنامه در سطوح مختلف شامل خانه بهداشت یا پایگاه سلامت، مراکز خدمات جامع سلامت شهری/روستایی، مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه هرشش ماه یکبار تکمیل می گردد. سطح ستادی (دانشگاه) فرم فوق را پس از تکمیل و تایید مدیر گروه بهبود تغذیه دانشگاه به دفتر بهبود تغذیه جامعه ارسال می نماید.

نحوه تکمیل فرم:

ابتدا نام دانشگاه و شش ماهه اول/ دوم، سال، تاریخ تکمیل و نام و نام خانوادگی تایید کننده فرم که مدیر گروه بهبود تغذیه دانشگاه هست ثبت می شود. در مواردی که عدد برای آن موجود نیست، خط تیره گذاشته شود. در ستون سوم اگر تعداد هست تعداد و اگر درصد هست، درصد ثبت شود. منظور از طول برنامه دوره شش ماهه هست.

تعاریف:

۱- تعداد کل کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش دانشگاه در ابتدای برنامه: عبارت است از تعداد کل کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه که در ابتدای برنامه (براساس شش ماهه اول/ دوم) تحت پوشش سیستم بهداشتی بودند.

۲- تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه معرفی شده به وزارت رفاه جهت حمایت تغذیه ای در طول برنامه

عبارت است از تعداد کل کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه که جهت آزمون وسیع به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی معرفی شده اند.

۳- تعداد کودکان دریافت کننده اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار توسط وزارت رفاه در طول برنامه

عبارت است از تعداد کل کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه که در طول برنامه بر اساس دستور عمل اجرایی برنامه واجد شرایط حمایت تغذیه ای بوده و اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی را دریافت کرده اند.

۴- درصد کودکان دریافت کننده اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار توسط وزارت رفاه در طول برنامه

عبارت است از درصد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه که در این دوره بر اساس دستور عمل اجرایی برنامه واجد شرایط حمایت تغذیه ای بوده و اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار را دریافت کرده اند. (صورت: تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه دریافت کننده اقلام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار در طول برنامه: تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه معرفی شده در طول برنامه)

۵- تعداد کودکان مبتلاء به لاغری شدید در ابتدای برنامه: عبارت است از کلیه کودکانی که در ابتدای برنامه مبتلاء به لاغری شدید بودند.

۶- تعداد کودکان مبتلاء به لاغری شدید بهبود یافته در انتهای برنامه: عبارت است از کلیه کودکانی که بر اساس هر شاخص بهبودی (لاغری شدید) مندرج در دستور عمل در طی این دوره شش ماهه بهبود یافته اند.

۷- درصد کودکان مبتلاء به لاغری شدید بهبود یافته در انتهای برنامه: عبارت است از حاصل تقسیم تعداد کودکان لاغر شدید بهبود یافته به تعداد کل کودکان لاغری شدید تحت پوشش برنامه حمایتی در طول برنامه ضربدر ۱۰۰.

۳۰-۸: شاخص های ۸ الی ۳۰ نیز همانند لاغری شدید تعیین می گردد.

۳۱- تعداد مادران کودکان ۱۲-۶ ماهه (تحت پوشش برنامه حمایتی) در طول برنامه: تعداد مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه که در طول برنامه کودکان حمایت تغذیه ای دریافت کرده است. اگر در طول برنامه هیچ کودک ۶ تا ۱۲ ماهه تحت پوشش نبوده خط تیره گذاشته شود.

۳۲- تعداد مادران کودکان ۱۲-۶ ماهه (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی (تئوری -عملی) در طول برنامه: تعداد مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی که در طول برنامه در زمینه تغذیه کودک (تغذیه با شیر مادر، تغذیه تکمیلی، ریز مغذی ها ، میان وعده غذایی، اقلام غذایی شارژ شده، رفتارهای تغذیه ای و...) به طور تئوری یا عملی آموزش دیده اند. اگر در طول برنامه هیچ مادر کودک ۱۲-۶ ماهه آموزش ندیده خط تیره گذاشته شود.

۳۳- درصد مادران کودکان ۱۲-۶ ماهه (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی (تئوری -عملی) در طول برنامه: عبارت است از حاصل تقسیم تعداد مادران دارای کودک ۶ تا ۱۲ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی که در طول برنامه آموزش تغذیه دیده اند به تعداد کل مادران دارای کودک ۶ تا ۱۲ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی طول برنامه ضربدر ۱۰۰.

۳۴-تعداد مادران کودکان ۵-۱ سال (تحت پوشش برنامه حمایتی) در طول برنامه: تعداد مادران کودکان یک تا پنج سال که در طول برنامه کودکان حمایت تغذیه ای دریافت کرده است. اگر در طول برنامه هیچ کودک یک تا پنج سال تحت پوشش نبوده خط تیره گذاشته شود.

۳۵-تعداد مادران کودکان ۵-۱ سال (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه کودک ۵-۱ سال در طول برنامه: تعداد مادران کودکان ۵-۱ سال تحت پوشش برنامه حمایتی که در طول برنامه در زمینه تغذیه کودک (تغذیه با شیر مادر، نیازهای تغذیه کودکان، ریز مغذی ها ، میان وعده غذایی ، اقلام غذایی شارژ شده، گروه ها و سهم غذایی کودکان، رفتارهای تغذیه ای و...) به طور تئوری آموزش دیده اند. اگر در طول برنامه هیچ مادر کودک ۵-۱ ساله آموزش ندیده خط تیره گذاشته شود.

۳۶-درصد مادران کودکان ۵-۱ سال (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه کودک ۵-۱ سال در طول برنامه: عبارت است از حاصل تقسیم تعداد مادران دارای کودک ۵-۱ سال تحت پوشش برنامه حمایتی که در طول برنامه آموزش تغذیه دیده اند به تعداد کل مادران دارای کودک ۵-۱ سال تحت پوشش برنامه حمایتی در طول برنامه ضربدر ۱۰۰.

۳۷-تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی مراجعه کننده جهت مشاوره تغذیه در طول برنامه: عبارت است تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی که در طول برنامه جهت مشاوره تغذیه به کارشناس تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه داشته اند و خدمات مشاوره تغذیه دریافت کرده اند.

۳۸-درصد پوشش کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی دریافت کننده خدمات مشاوره تغذیه در طول برنامه: عبارت است تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی که در طول برنامه خدمات مشاوره تغذیه از کارشناس تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت دریافت کرده اند به تعداد کل کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی که کارت اعتباری غیر نقدی/ غذایی دریافت می کنند (صورت: تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی دریافت کننده خدمات مشاوره تغذیه در طول برنامه مخرج:تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی دریافت کننده کارت اعتباری غیر نقدی/ غذایی طول برنامه)

۳۹-تعداد وینارها، کارگاهها و کلاس های آموزشی برگزار شده در طول برنامه (ویژه برنامه حمایتی): تعداد وینارها، کارگاهها و کلاس های آموزشی تغذیه ای مرتبط با برنامه حمایتی که در طول برنامه برای ارتقای دانش تغذیه ای کارکنان بهداشت

(بهورز، مراقب سلامت، پزشک، کارشناس تغذیه) تشکیل شده است. اگر در این دوره هیچ وینار، کارگاه یا کلاسی برگزار نشده خط تیره گذاشته شود.

۴۰- تعداد شرکت کنندگان در وینارها، کارگاههای آموزشی و کلاس های آموزشی برگزار شده در طول برنامه (ویژه برنامه حمایتی): تعداد افرادی که در طول برنامه در وینارها، کارگاهها و کلاس های آموزشی شرکت نموده اند. در صورت برگزار نشدن وینار، کلاس یا کارگاه در طول برنامه خط تیره گذاشته شود.

۴۱- تعداد بازدیدهای مدیر گروه بهبود تغذیه ستاد دانشگاه از روند اجرایی برنامه در طول برنامه

۴۲- تعداد بازدیدهای کارشناسان تغذیه ستاد شهرستان از روند اجرایی برنامه در طول برنامه

۴۳- تعداد راستی آزمائی انجام شده در طول برنامه

تعاریف

سرانه تغذیه: مبلغی است ریالی که با هدف بهبود شاخص های سلامت و وضعیت تغذیه کودکان خانواده نیازمند جهت تهیه سبذ غذایی که به کودکان مبتلا به سوءتغذیه واجد شرایط و تحت پوشش برنامه اختصاص می یابد و از طریق کالابریگ الکترونیکی به حساب سرپرست خانوار واریز می گردد.

اقدام غذایی تعریف شده از طریق شارژ الکترونیکی بر روی حساب یارانه ای سرپرست خانوار: شامل گروه های مختلف غذایی بوده و ارزش ریالی آن برابر وجه سرانه تغذیه است. که بر روی حساب یارانه سرپرست خانوار قرار می گیرد. (لازم به ذکر است که تحت هیچ عنوان سرانه تغذیه به صورت نقدی در اختیار خانواده ها قرار نخواهد گرفت).

ارائه خدمات الکترونیکی و شارژ مبلغ یک میلیون و صد هزار تومان به حساب یارانه سرپرست خانوار ۵ دهک اول درآمدی و ۶۶۰ هزار تومان به حساب یارانه سرپرست خانوار دهک ۶ و ۷ درآمدی از طریق طرح کالابریگ الکترونیکی می باشد که سرپرست خانوار دارای کودک ۶ تا ۵۹ ماه مبتلا به سوءتغذیه واجد شرایط می تواند با استفاده از اعتبار تخصیص یافته از سبذ مواد خوراکی در نظر گرفته شده برای کودک و بر اساس میزان تعیین شده، خریداری نماید.

خانواده های نیازمند: خانواده هایی هستند که براساس آزمون وسع وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تحت پوشش برنامه های حمایتی قرار می گیرند.

منابع مالی: از طریق سازمان برنامه و بودجه کشور تأمین و با پیگیری های لازم توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تخصیص می یابد و بر اساس موافقت نامه های مبادله شده به حساب شرکت فارا جهت واریز به حساب سرپرستان خانوار واجد شرایط واریز می گردد.

نکته: با توجه به این که مبلغ شارژ ماهانه بر اساس دهک ها ده درصد می باشد تغییر در اقدام غذایی و میزان آنها انجام نشده است.

| استان | فروشگاه زنجیره ای (تعداد ترمینال فعال) | | | | | | | | | | جمع کل |
|--------------------|--|----------|-------|-----------|--------------------------|-----------------|------------|-----------|-------------|------|--------|
| | کلی | اقی فروش | جانور | بلی مارکت | رقاه (فروشگاه زنجیره ای) | گندم طلایی فروش | میوه مارکت | وال مارکت | سایر فامیلی | حفت | |
| آذربایجان شرقی | ۲۳ | ۴۸۸ | ۲۹۸ | ۱۳۱ | ۱۷۱ | ۴۲ | | | ۶ | | ۱۱۶۹ |
| آذربایجان غربی | ۱۴ | ۶۶۶ | ۲۸۷ | ۱۰۲ | ۱۱۳ | ۱۱۲ | | ۳ | ۸ | ۴ | ۱۳۰۹ |
| اردبیل | ۵ | ۱۵۴ | ۶۶ | ۲۲ | ۳۷ | ۳۸ | | ۹ | | ۲۰ | ۳۵۱ |
| اصفهان | ۲۰ | ۸۴۵ | ۲۷۱ | ۱۵۱ | ۱۲۴ | ۴۷ | ۱ | ۷ | ۱۱ | ۶ | ۱۴۸۳ |
| البرز | ۹ | ۵۷۹ | ۱۶۵ | ۲۶ | ۲۰۲ | ۵۹ | ۲۲ | ۱۹ | ۵ | ۵۰ | ۱۱۳۶ |
| ایلام | ۲ | ۱۱۲ | | ۱۶ | ۲۵ | ۱۷ | | | ۴ | ۲۴ | ۲۱۰ |
| بوشهر | ۱۶ | ۲۵۹ | ۳۱ | ۱۳ | ۲۹ | | | | | | ۳۵۸ |
| تهران | ۱۶۲ | ۲۰۹۴ | ۱۳۶۷ | ۱۹۰ | ۶۶۹ | ۳۰۸ | ۶۱ | ۲۳ | ۱۸ | ۳۷۲ | ۵۲۶۴ |
| چهارمحال و بختیاری | ۵ | ۲۰۸ | ۲۷ | ۳۰ | ۲۲ | ۲۹ | | | | | ۳۵۱ |
| خراسان جنوبی | ۲۲ | ۱۰۳ | | ۲۱ | ۲۵ | | | | | | ۱۷۱ |
| خراسان رضوی | ۳۵ | ۸۳۴ | ۱۷۹ | ۱۸۱ | ۱۲۶ | | | ۷ | ۳۰ | ۸۳ | ۱۴۷۵ |
| خراسان شمالی | ۱۷ | ۱۲۸ | | ۵۰ | ۲۲ | | | | ۹ | ۱۶ | ۲۲۲ |
| خوزستان | ۲۱ | ۷۲۱ | ۱۳۳ | ۲۴۹ | ۷۳ | ۷۰ | ۵ | ۷ | ۷ | | ۱۳۱۶ |
| زنجان | ۷ | ۸۶ | ۹۷ | ۱۵ | ۳۰ | ۳۷ | ۶ | ۴ | | ۲۴ | ۳۱۶ |
| سمنان | ۱۷ | ۱۳۶ | ۶۲ | ۱۴ | ۳۱ | | ۲ | | ۵ | ۱۹ | ۲۸۷ |
| سیستان و بلوچستان | ۷ | ۵۶۰ | | ۷۱ | ۵۱ | | | ۹ | | | ۶۸۸ |
| فارس | ۲۸ | ۸۶۴ | ۲۱۸ | ۱۳۳ | ۹۸ | | | | | | ۱۳۲۲ |
| قزوین | ۸ | ۲۳۸ | ۴۲ | ۱۵ | ۸۰ | ۱۴ | ۷ | ۴ | ۳ | ۳۶ | ۴۲۷ |
| قهر | ۱۱ | ۲۲۶ | ۶۲ | ۲ | ۲۲ | ۷ | | | ۵ | ۱۰ | ۳۴۵ |
| کردستان | ۶ | ۱۸۰ | ۵۴ | ۱۱ | ۶۸ | ۴ | | | | ۲۰ | ۳۳۳ |
| کرمان | ۲۵ | ۴۱۲ | ۸۰ | ۱۴۶ | ۹۱ | ۲۲ | | ۸ | ۱۹ | ۳۰ | ۸۳۳ |
| کرمانشاه | ۳۸ | ۳۰۵ | ۵۸ | ۱۰۳ | ۷۹ | ۲۴ | | | ۸ | ۹۰ | ۷۰۵ |
| گیلانکوه | ۸ | ۱۶۰ | ۲۴ | ۸۷ | ۳۶ | | | | | | ۳۱۵ |
| گلستان | ۱۲ | ۱۹۴ | ۷۲ | ۶۰ | ۳۴ | | ۱۲ | ۲ | ۱۰ | ۱۶ | ۴۱۲ |
| گیلان | ۹ | ۴۴۹ | ۱۶۶ | ۱۵۰ | ۴۹ | ۵۲ | ۲۰ | ۴ | ۳ | ۱۷۱ | ۱۰۷۳ |
| لرستان | ۶ | ۲۵۸ | ۱۸ | ۴۳ | ۵۴ | | ۴ | ۷ | ۹ | ۸۳ | ۴۸۳ |
| مازندران | ۹ | ۵۳۸ | ۲۳۹ | ۱۰۱ | ۷۶ | ۳۰ | ۱۲ | ۱۴ | ۱۵ | ۸۳ | ۱۱۳۸ |
| مرکزی | ۸ | ۱۹۰ | ۶۹ | ۱۹ | ۵۰ | ۱ | ۳ | ۷ | | ۳۶ | ۳۸۳ |
| هرمزگان | ۳ | ۱۵۰ | | ۳۱ | ۵۰ | | | ۱۲ | ۵ | | ۲۶۱ |
| همدان | ۲ | ۲۲۴ | ۶۲ | ۳۷ | ۹۲ | ۱۳ | | | ۲ | ۳۰ | ۴۱۴ |
| یزد | ۴ | ۲۰۰ | ۲۱ | ۸ | ۱۵۴ | | | | ۱۹ | ۲۰ | ۴۲۶ |
| (blank) | | ۴ | ۳ | ۱۰ | | | | ۲ | | | ۱۹ |
| Grand Total | ۵۶۰ | ۱۲۶۰۵ | ۴۱۸۳ | ۲۲۵۹ | ۲۸۲۲ | ۹۶۶ | ۱۵۵ | ۱۳۸ | ۲۰۱ | ۱۲۷۵ | ۲۵۱۴۵ |

سبد غذایی برای خانواده‌های کودکان ۵ تا ۵۹ ماهه دارای سوءتغذیه (به ریال)

| ردیف اولویت | گروه غذایی | اقلام اساسی | قیمت هر واحد در شهر یورماه ۱۴۰۲ | مقدار واحد مورد نیاز | انرژی مقدار واحد مورد نیاز روزانه (kcal) | مقدار واحد در سبد (۱) | انرژی ایجاد ماهیانه در سبد (۱)(kcal) | قیمت اقلام در سبد (۱) | مقدار واحد در سبد (۲) | انرژی ایجاد ماهیانه در سبد (۲)(kcal) | قیمت اقلام در سبد (۲) | قیمت گروه غذایی در سبد (۲) |
|-------------|----------------|--------------------|---------------------------------|----------------------|--|-----------------------|--------------------------------------|---|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|---|
| ۱ | لبنیات | شیر/ماست پاستوریزه | ۲۳۷,۴۰۰ | ۸ | ۴۳۹۸.۰ | ۵ | ۲,۷۴۹ | ۱,۱۸۷,۰۰۰ | ۵ | ۲,۷۴۹ | ۱,۱۸۷,۰۰۰ | ۱,۸۰۷,۱۳۴ |
| | | پنیر | ۱,۳۷۸,۰۷۶ | ۰.۴۵ | ۱۱۸۸.۰ | ۰.۴۵ | ۱,۱۸۸ | ۶۲۰,۱۳۴ | ۰.۴۵ | ۱,۱۸۸ | ۶۲۰,۱۳۴ | |
| ۳ | پروتئین‌ها | گوشت گوساله | ۱,۷۸۰,۰۰۰ | ۱ | ۱۵۰۰.۰ | ۱ | ۱,۵۰۰ | ۱,۷۸۰,۰۰۰ | ۱ | ۱,۵۰۰ | ۱,۷۸۰,۰۰۰ | ۲,۸۵۹,۵۵۰ |
| | | گوشت مرغ | ۸۰۱,۳۰۰ | ۱ | ۱۸۹۰.۰ | ۱ | ۱,۸۹۰ | ۸۰۱,۳۰۰ | ۱ | ۱,۸۹۰ | ۸۰۱,۳۰۰ | |
| | | تخم مرغ | ۵۵۶,۵۰۰ | ۰.۶ | ۱۲۴۸.۰ | ۰.۵ | ۱,۰۴۰ | ۲۷۸,۲۵۰ | ۰.۵ | ۱,۰۴۰ | ۲۷۸,۲۵۰ | |
| ۶ | نان و غلات | برنج ایرانی | ۱,۰۰۱,۲۰۰ | ۱.۵ | ۳۵۱۰.۰ | ۱ | ۳,۳۴۰ | ۱,۰۰۱,۲۰۰ | ۱.۵ | ۳,۳۴۰ | ۱,۰۰۱,۲۰۰ | ۱,۶۷۰,۵۸۶ |
| | | ماکارونی | ۳۳۷,۵۷۱ | ۰.۶ | ۲۳۷۰.۰ | ۰.۶ | ۲,۳۷۰ | ۲۰۲,۵۴۳ | ۰.۶ | ۲,۳۷۰ | ۲۰۲,۵۴۳ | |
| ۸ | چربی‌ها | روغن مایع | ۷۱۴,۴۴۴ | ۰.۷۵ | ۶۷۵۰.۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰.۷۵ | ۶,۷۵۰ | ۵۳۵,۸۳۳ | ۵۳۵,۸۳۳ |
| ۹ | روغن روغن جامد | خرما | ۹۶۸,۲۰۰ | ۰.۵ | ۱۱۷۰.۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰.۵ | ۱,۱۷۰ | ۴۸۴,۱۰۰ | ۲,۲۹۷,۸۴۲ |
| | | سیب | ۴۱۶,۱۰۰ | ۵ | ۲۱۶۰.۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۵ | ۱,۷۲۸ | ۱,۶۶۴,۴۰۰ | |
| | | هویج | ۱۴۹,۳۴۲ | ۱ | ۲۸۰.۵ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۲۸۱ | ۱۴۹,۳۴۲ | |
| | | کدوسبز | ۱۲۴,۱۱۷ | ۱ | ۲۸۰.۵ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۰ | ۰ | |
| | | گوجه فرنگی | ۱۲۳,۱۰۰ | ۱ | ۲۸۰.۵ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۰ | ۰ | |
| | | پیاز | ۱۲۸,۴۰۰ | ۱ | ۲۸۰.۵ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۰ | ۰ | |
| ۱۵ | حبوبات | عدس | ۵۶۸,۱۰۰ | ۰.۴۵ | ۱۱۴۰.۰ | ۰.۴۵ | ۱,۱۴۰ | ۲۵۵,۶۴۵ | ۰.۴۵ | ۱,۱۴۰ | ۲۵۵,۶۴۵ | ۹۵۵,۶۴۵ |
| | | مغزدهانه | ۳,۵۰۰,۰۰۰ | ۰.۲ | ۱۱۱۰.۰ | ۰.۲ | ۰ | ۰ | ۰.۲ | ۱,۱۱۰ | ۷۰۰,۰۰۰ | |
| | | جمع کل | | | ۲۳,۹۷۰ | ۹۸۵ | ۱۰,۲۸۰ | ۶,۱۲۶,۰۷۲ | - | ۲۲,۰۹۴ | ۱۰,۱۲۶,۵۹۰ | |
| | | | | | | | | انرژی ایجاد روزانه در سبد (۱)(kcal) = ۳۴۳ | | | | انرژی ایجاد روزانه در سبد (۲)(kcal) = ۷۳۶ |

توضیحات: قیمت اقلام بر اساس قیمت تنظیم بازار در شهریور ۱۴۰۲ محاسبه شده است.

متن پیامک که در زمان شارژ در ابتدای برنامه ارسال می‌شود:

سرپرست گرامی

در راستای تحقق وعده‌های دولت مردمی، بر اساس بررسی استحقاق‌سنجی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، کودک شما مشمول دریافت سبد غذایی بر اساس دهک‌بندی به ارزش ۶۶۰ هزار تومان یا یک میلیون و صد هزار تومان با اقلام مشخص شارژ شده بر روی کارت یارانه شما گردیده است. جهت خرید به فروشگاه‌های طرف قرارداد طرح کالا برگ الکترونیکی مراجعه فرمایید. ضمناً، شارژ مجدد سبد صرفاً در صورت بهبود روند رشد کودک شما براساس پایش و پیگیری‌های مداوم (سه ماه متوالی) توسط مراقبین سلامت/بهورزان ادامه خواهد یافت.

توجه: پیامک برای خانوارهایی ارسال می‌شود که شماره تماس آنها در پایگاه اطلاعاتی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی ثبت شده است.

نکته خانوارهای مشمول برنامه باید در هنگام خرید به فروشنده بگویند فاکتورشان را کالا برگ کند. ضمن این که در هر بار شارژ ، اعتبار افزایش می یابد ولی پولی در کارت یارانه سرپرست خانوار واریز نمی شود. در صورت خرید با اپلیکیشن شما، هیچ مبلغی از اعتبار کم نمی شود در غیر این صورت در هر بار تراکنش مبلغ ۵ الی ۶ هزار تومان از اعتبار کاهش می یابد.