Agency/Clinic:_____ **Review Date:**_____ **Staff:** _____**Size:** _____

Participant State ID Number								
Household ID Number								
Category	**P B N I C**	**P B N I C**	**P B N I C**	**P B N I C**	**P B N I C**	**P B N I C**	**P B N I C**	**P B N I C**
Last Name, First Initial								
Certification: Start/End								
Date of Birth								
CS # of Staff								
Risk Code Assignment	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Participant Referral and Follow Up	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Food Package	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Documentation of BF and/or Nutrition Education	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Anthropometric/ Hematological Measures and Follow Up	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Goal Established and Follow Up	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Nutrition Assessment Questions	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Nutrition Care Plan	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N

Discussion Topics/Additional Notes: