سازمان بهداشت و خدمات سالمندان میسوری
خدمات زنان، نوزادان، کودکان و تغذیه
ارزیابی تغذیه WIC جهت نوزادان

نام شرکت کننده:	تاریخ تولد:	تاریخ تکمیل:

توسط مراقب نوزاد تکمیل شود

1. آیا پزشک به شما گفته است که نوزادتان مشکل پزشکی یا بیماری دارد؟ [**362-341**]
   - ☐ بله، نوع شرایط پزشکی یا بیماری را بنویسید: _____
   - ☐ خیر

   قرار ملاقات بعدی با پزشک نوزادتان چه زمانی است؟ تاریخ: _____

2. به نوزادتان چه غذایی می‌دهید؟ تمام موارد مربوطه را انتخاب کنید: [**411.3**]
   - ☐ شیر مادر
   - ☐ شیر خشک (نام) _____
   - ☐ سایر مایعات یا نوشیدنی‌ها (بجز شیر خشک نوزاد): _____
   - ☐ غذای نوزاد یا غذای خانواده / سفره _____

3. نوزاد شما در چه جاهایی بطری یا فنجان را می‌گیرد؟ تمام موارد مربوطه را انتخاب کنید: [**411.2**]
   - ☐ تنها شیر مادر/عدم استفاده از شیشه
   - ☐ تخت‌خواب
   - ☐ کالسکه
   - ☐ صندلی خودرو
   - ☐ نگهداشته شدن توسط فرد
   - ☐ صندلی بلند
   - ☐ بطری خود را می‌گیرد
   - ☐ سایر _____

4. آیا پستانک نوزاد خود را در شکر، شربت یا عسل فرو می‌برید یا شکر، شربت یا عسل به شیر مادر یا شیر خشک اضافه می‌کنید؟
   [**411.5**] [**411.3**] [**411.2**]
   - ☐ بله
   - ☐ خیر

   آیا نوزاد شما عسل یا غذاهای تهیه شده با عسل مانند کراکر گراهام عسلی، کلوچه عسلی و غیره می‌خورد؟
   [**411.5**] [**411.3**]
   - ☐ بله
   - ☐ خیر

5. نوزاد شما کدام یک از غذاهای زیر را می‌خورد؟ تمام موارد مربوطه را انتخاب کنید: [**411.5**]
   - ☐ عصاره میوه تازه یا آب سبزیجات
   - ☐ محصولات لبنی غیرپاستوریزه (تازه و از مزرعه)
   - ☐ پنیر نرم مثل پنیر فتا، پنیر بری، پنیر کاممبر، پنیر زنگاری، پنیر سفید اسپانیایی، پنیر مکزیکی
   - ☐ گوشت خام یا نپخته، ماهی، مرغ، بوقلمون یا تخم مرغ
   - ☐ جوانه خام (یونجه، شبدر، حبوبات، تربچه)
   - ☐ کنسرو گوشت نپخته، گوشت آماده، هات داگ
   - ☐ هیچ کدام

6. آیا متوجه مشکلات دهان یا دندان در دهان نوزاد خود شده‌اید؟ [**381**]
   - ☐ بله، مشکلات را توضیح دهید: _____
   - ☐ خیر

شخص مسئول متخصص/مسئول تغذیه در مورد عادات غذایی و حرکتی نوزادتان با شما گفتگو خواهد کرد و سؤالات بیشتری می‌پرسد.