MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES

Farsi

NUTRITION ASSESSMENT FOR CHILDREN AGES 1-5 /1 -5 ارزیابی تغذیه برای کودکان

تاریخ تکمیل:	سن: √ بین ماه های ☐ 12-23 ☐ 24-59	تاریخ تولد:	نام و دی سی ان (DCN) شرکت کننده:

Form completed by: ☐ Parent/Guardian or WIC Staff: ☐ CPA ☐ RD ☐ Nutritionist ☐ WIC Certifier

خواهشمند است به الگوی خوراک فرزندتان فکر کنید و پرسش های زیر را تا آنجائی که برایتان مقدور است پاسخ دهید.
در جعبه علامت چک بگذارید ☑ و/یا جواب های خود را بنویسید.

مراقب

1. اشتهای فرزندتان را چگونه توصیف می کنید؟ ☐ خوب ☐ متوسط ☐ بد
2. آیا اخیراً متوجه هیچ تغییری در اشتهای فرزندتان شده اید؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
3. آیا شما هیچ سوالی در رابطه با عادات غذائی فرزندتان دارید؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
   اگر آری، آنها چه هستند؟
4. شما در مواقعی که فرزندتان تمایل به غذا خوردن ندارد و یا تنها به خوردن نوع بخصوصی از غذا رغبت دارد چه می کنید؟
5. آیا فرزند شما اغلب دهان خود را می بندد یا بنحوی مانع غذا می شود؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
   اگر آری، توضیح دهید
6. اکثر غذاهایی که فرزند شما می خورد چگونه آماده می شوند؟ تمام آنهایی را که صدق می کنند علامت بزنید
   ☐ خمیر شده ☐ پوره شده یا غذای اطفال ☐ ریز ریز شده
   ☐ مایع ☐ غذاهای انگشتی ☐ دیگر

الگوی وعده های غذا

7. فرزند شما چند مرتبه در روز غذا می خورد؟ ____ وعده/ روز ____ خوراک مختصر/روز
   فرزند شما چه نوع غذاهایی را بعنوان خوراک مختصر می خورد؟ تمام آنهایی که صدق می کنند را علامت بزنید.
   ☐ شیر، ماست، پنیر ☐ گوشت، ماهی، تخم مرغ، لوبیا ☐ میوه یا سبزیجات
   ☐ نان، سریال (cereal)، برنج و پاستا ☐ چیپس/ غذاهای بانمک ☐ شیرینی، کیک، غذاهای شکرین
8. چند بار در هفته خانوادهٔ شما همراه با هم غذا می خورند؟ ____ روز/هفته
9. در هنگام وعده های غذا، فرزند شما هر به چه مدت همان غذایی را می خورد که سایر اعضای خانواده می خورند؟ (یکی را علامت بزنید)
   ☐ اکثر اوقات ☐ بعضی اوقات ☐ بندرت
   اگر بندرت، فرزند شما چه چیزی می خورد؟
   ذکر کنید:
10. فرزند شما چند بار در هفته در محل نگاهداری از کودکان غذا می خورد (شامل Head Start) ____ روز/هفته
11. در یک هفتهٔ عادی، فرزند شما چند وعده غذا در رستوران، شامل رستوران های غذای فوری، می خورد؟ ____ وعده/هفته
12. چند وعده غذا یا خوراک مختصر در مقابل تلویزیون در طی یک روز خورده می شود؟ ____ خوراک مختصر/روز ____ وعده/روز

الگوی خوراک

13. اکثر غذاها چگونه آماده شده اند؟ تمام آنهایی که صدق می کنند را علامت بزنید. ☐ پخته شده ☐ سرخ شده ☐ آب پز شده ☐ بریان شده ☐ کباب شده ☐ کباب شده (با سیخ)
    ☐ مایکروویو شده
14. آیا هیچ نوع غذائی هست که شما فکر می کنید فرزندتان به اندازهٔ کافی از آن نمی خورد؟ ..... ☐ آری ☐ نه
    اگر آری، تمام آنهایی که صدق می کنند را علامت بزنید. ☐ شیر، ماست، پنیر ☐ میوه ☐ سبزیجات ☐ گوشت ☐ نان، سریال (cereal)، برنج و پاستا
15. آیا هیچ غذایی هست که شما فکر می کنید فرزندتان از آن زیاد می خورد؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
    اگر آری، ذکر کنید:
16. آیا فرزند شما اغلب غذاهای شیرین از قبیل آب نبات، شکلات، سریال شیرین شده، یا دسر می خورد؟..... ☐ آری ☐ خیر
    اگر آری، مورد (ها) و قیمت (ها) را ذکر کنید:
17*. آیا فرزند شما غذاهایی مانند غذاهای زیر می خورد:
    الف. میوه یا آب سبزیجات پاستوریزه نشده..... ☐ آری ☐ خیر
    ب. فراورده های رژیمی پاستوریزهٔ نشده..... ☐ آری ☐ خیر
    ج.پنیرهای نرم مانند فتا (Feta)، بری (Brie)، کممبرت (Camembert)، پنیر رگه آبی (blue-veined)، پنیر سبک مکزیکی ..... ☐ آری ☐ خیر
    د. گوشت، مرغ، بوقلمون، یا تخم مرغ خام یا کم پخته ..... ☐ آری ☐ خیر
    ه. جوانه های سبزیجات خام (جوانهٔ گیاه، شبدر، لوبیا، تربچه)..... ☐ آری ☐ خیر
    و. توفو (tofu) خام یا کم پخته..... ☐ آری ☐ خیر
    ز. گوشت های نهاری، گوشت های حاضری، و سوسیس نپخته ..... ☐ آری ☐ خیر
18*. آیا فرزند شما به صورت متداول مواد غیر غذایی می خورد؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
    اگر آری، تمام آنهایی را که صدق می کنند را علامت بزنید.
    ☐ خاکستر ☐ خاک رس ☐ تنقلات حاوی رنگ
    ☐ نخ قالی ☐ گرد و خاک ☐ خاک
    ☐ سیگار یا ته سیگار ☐ ابر حمام ☐ نشاسته (لباسشوئی یا نشاسته گل گندم)
    ☐ کاغذ ☐ دیگر:

(Turn page over to complete)

19. آیا فرزند شما خودش غذا می خورد؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
اگر آری، تمام آنهایی که صدق می کنند را علامت بزنید
☐ با دست غذا می خورد ☐ از چنگال/قاشق استفاده می کند ☐ از فنجان خرده نوشی (sippy cup) استفاده می کند ☐ از فنجان یا لیوان معمولی استفاده می کند
☐ دیگر:

*20. آیا فرزند شما از رژیم خاصی پیروی می کند؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
اگر آری، علامت بگذارید ☐ گیاه خواری ☐ گیاه خواری (بدون لبنیات) ☐ کالری پایین/ کاهش وزن ☐ آلرژی به غذا یا عدم تحمل (intolerance) ☐ میکروبیوتیک
☐ دیگر

21. آیا شما به فرزندتان از پستان شیر می دهید؟..... ☐ آری ☐ خیر
اگر آری، هر به چند وقت؟

آشامیدنی ها

22. آیا فرزند شما شیر می نوشد؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
اگر آری، تمام آنهایی که صدق می کنند را علامت بزنید. ☐ فرمولی (نام) _____
☐ بدون چربی (بدون خامه) ☐ کم چربی (1%) ☐ چربی کم شده (2%) ☐ کامل
☐ تقویت شده با برنج یا سوی (soy) ☐ تقویت نشده با برنج یا سوی (soy) ☐ پودری ☐ بخار شده ☐ شیرین شدهٔ فشرده شده ☐ شیر بز
☐ دیگر

23. فرزند شما هر به چه مدت شیر می نوشد؟ (یکی را علامت بزنید)
☐ دفعات بسیار/روز (بیش از سه فنجان) ☐ چند بار/روز (سه فنجان) ☐ یک بار/روز (1 فنجان) ☐ کمتر از یکبار/روز

*24. فرزند شما چه نوشیدنی های دیگری در یک روز عادی می نوشد؟ تمام آنهایی را که صدق می کنند علامت بزنید.
☐ نوشابه (100%) ☐ آب ساده ☐ آب- با شکر ☐ آب میوه
☐ نوشیدنی های ورزشی ☐ نوشابه معمولی/گاز دار ☐ نوشابهٔ رژیمی/گاز دار ☐ قهوه/چای
☐ آب ژلاتینی/Kool-Aid ☐ دیگر:

25. فرزند شما هر به چه مدت آب میوهٔ 100% می نوشد؟
☐ دفعات بسیار/روز (بیش از 3 فنجان) ☐ چند بار/روز (3 فنجان) ☐ یکبار/روز (1 فنجان) ☐ یکبار/روز (1 فنجان)

26. منبع اصلی آب فرزند شما چیست؟ (یکی را علامت بزنید)
☐ سیستم آب شهری ☐ سیستم آب روستائی ☐ چاه خصوصی ☐ آب بطری
الف. در صورتی که از چاه خصوصی استفاده می کنید، آیا چاه برای باکتری و نیترات آزمایش شده است؟ ..... ☐ آری ☐ خیر ☐ نمی دانم
اگر جوابتان مثبت است، نتیجه را چک بزنید: ☐ ایمن ☐ غیر ایمن ☐ نمی دانم
ب. آیا می دانید آب شما دارای فلورید است یا نه؟ ..... ☐ آری ☐ خیر ☐ نمی دانم
ج. آیا فرزند شما دندان هایش را با خمیر دندانی که داریا فلورید است مسواک می زند؟..... ☐ آری ☐ خیر ☐ نمی دانم

بطری کودک و فنجان خرده نوشی (sippy cup)

27. آیا فرزند شما از بطری کودک می نوشد..... ☐ آری ☐ خیر

28. معمولاً چه چیزی از طریق بطری تغذیه می شود؟ تمام آنهایی را که صدق می کنند علامت بزنید
☐ شیر ☐ نوشابه ☐ آب ☐ آب میوه ☐ نوشابه های ورزشی ☐ نوشابهٔ گاز دار ☐ قهوه/چایی
☐ سریال/مواد جامد اضافه شدهٔ دیگر به بطری ☐ دیگر

29. آیا فرزند شما بطری یا فنجان خرده نوشی (sippy cup) را برای خواب شب یا زمان چرت به تخت می برد؟..... ☐ آری ☐ خیر

30. آیا فرزند شما بطری یا فنجان خرده نوشی (sippy cup) را در طی روز با خود همراه دارد؟..... ☐ آری ☐ خیر

مکمل ها

31. آیا فرزند شما در طی ماه گذشته و یا اخیراً هیچ ویتامین، مادهٔ معدنی، گیاه یا مکمل گیاهی مصرف کرده است؟ ..... ☐ آره ☐ خیر
اگر آری، نوع آن را علامت بزنید ☐ مولتی ویتامین های اطفال ☐ مکمل های آهنی ☐ مکمل های دارای فلورید
☐ مکمل های گیاهی ☐ دیگر

ایمنی غذائی و مشارکت در برنامه

32. در طی ماه گذشته، آیا پیش آمده که شما یا فردی در خانوادهٔ شما بعلت کمبود های مالی کمتر از آن چیزی که بنظر شما باید یا نباید در تمام روز می خورد، خورده باشد؟..... ☐ آری ☐ خیر ☐ نمی دانم یا از جواب دادن امتناع می کنم.

33. آیا فرزند شما در برنامهٔ Early Head Start، Head Start، Parents as Teachers نام نویسی کرده است؟ ..... ☐ آری ☐ خیر

34. آیا خانوادهٔ شما در هیچ برنامهٔ غذائی و تغذیه ای مشارکت می کند؟..... ☐ آری ☐ خیر
اگر آری، تمام آنهایی را که شامل حالتان می شود علامت بزنید. ☐ تمبر های غذائی (Food Stamps) ☐ نهار مدرسه ☐ برنامه آموزشی تغذیه خانواده (FNEP)
☐ برنامه کالا ☐ غذای صرف شده در آشپزخانه (Pantry Food) ☐ دیگر:

35. آیا شما وسایل کافی برای ذخیره کردن و آماده سازی غذا، مانند یخچال، چراغ گاز قابل استفاده، و انباری بدون آفات و مواد شیمیائی خطرناک در اختیار دارید؟..... ☐ آری ☐ خیر

فعالیت فیزیکی

36. در یک روز عادی، فرزند شما چند ساعت تلویزیون تماشا می کند، ویدیو گیم (video games) بازی می کند و/یا بازی های کامپیوتری می کند؟
☐ کمتر از 1 ساعت ☐ 1-2 ساعت ☐ بیش از 2 ساعت

37. در یک روز عادی، فرزند شما چند ساعت در خارج از خانه بازی می کند؟ ☐ کمتر از 1 ساعت ☐ 1-2 ساعت ☐ بیش از 2 ساعت

TO BE COMPLETED BY WIC OFFICE PERSONEL ONLY

SIGNATURE (RISK ASSESSMENT):	SIGNATURE (NUTRITION COUNSELING):
DATE:	DATE:

This institution is an Equal Opportunity provider.