Arabic

MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES

تقييم التغذية للأطفال في عمر 1-5 سنوات/ NUTRITION ASSESSMENT FOR CHILDREN AGES 1-5

اسم المشارك ورقم DCN:	تاريخ الميلاد:	السن: مدى الشهر ☐ 23-12 ☐ 59-24	تاريخ استكمال الاستمارة:

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

يرجى التفكير في نظام تغذية طفلك والإجابة على الأسئلة التالية بقدر المستطاع.
يرجى وضع علامة ☑ في المربع و/أو كتابة إجابتك.

مقدم الرعاية

1 كيف تصف شهية طفلك؟ ☐ جيدة ☐ متوسطة ☐ ضعيفة

2 هل لاحظتِ مؤخراً أي تغيرات في شهية طفلك؟ ..... ☐ نعم ☐ لا

3 هل لديكِ أي أسئلة عن عادات تغذية طفلك؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، ما هي؟

4 ماذا تفعلين إذا كان طفلك لا يريد أن يأكل أو يريد فقط نوعاً معيناً من الطعام؟

5 هل طفلك غالباً ما يتعرض لـ "شرقة" أو قيء وهو يتناول الطعام؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، حددي ذلك:

6 كيف يتم تحضير معظم الأطعمة التي يتناولها طفلك؟ ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.
☐ مهروس ☐ بوريه أو طعام أطفال ☐ طعام مفروم
☐ سائل ☐ تغذية بالأصابع ☐ أخرى

نظام الوجبات

7 كم عدد المرات التي يتناول فيها طفلك الطعام؟ _____ وجبة/يومياً _____ وجبة خفيفة/يومياً
ما هو نوع الطعام الذي يتناوله طفلك عادة كوجبة خفيفة؟ ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.
☐ حليب، لبن (زبادي)، جبن ☐ لحم، سمك، بيض، فول ☐ فواكه أو خضراوات
☐ خبز وحبوب وأرز ومكرونة ☐ شرائح بطاطس/أطعمة مملحة ☐ بسكويت/كيك/أطعمة حلوة

8 كم يوم في الأسبوع تتناول أسرتك وجبة معاً؟ _____ يوم/الأسبوع

9 في وقت الوجبات، كم مرة يتناول فيها طفلك نفس الأطعمة مثل بقية الأسرة؟ (ضعي علامة على إجابة واحدة)
☐ معظم الوقت ☐ أحياناً ☐ نادراً
إذا كانت الإجابة "نادراً"، ما الذي يتناوله طفلك؟
حددي ذلك:

10 كم يوم في الأسبوع يقوم طفلك بتناول الطعام في مكان لرعاية الأطفال (بما في ذلك Head Start)؟ _____ يوم/الأسبوع

11 في أي أسبوع عادي، كم وجبة يتناولها طفلك في المطعم، بما في ذلك مطاعم الوجبات السريعة؟ _____ وجبة/الأسبوع

12 في أي يوم، كم وجبة أو وجبة خفيفة يتم تناولها أمام التليفزيون؟ _____ وجبة خفيفة/يومياً _____ وجبة/يومياً

نظام الأكل

13 كيف يتم تحضير معظم الأطعمة؟ ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة. ☐ مخبوز ☐ مقلي ☐ روست ☐ مغلي ☐ مشوي في الفرن
☐ مشوي على الفحم ☐ في الميكروويف

14 هل هناك أي أطعمة تعتقدين أن طفلك لا يأكلها بكمية كافية؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة: ☐ حليب، لبن، جبن ☐ فاكهة ☐ خضراوات ☐ لحوم ☐ خبز، حبوب، أرز، مكرونة

15 هل هناك أي أطعمة تعتقدين أن طفلك يأكلها بكميات كبيرة جداً؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، حددي ذلك:

16 هل تعتقدين أن طفلك غالباً ما يأكل أطعمة حلوة مثل الآيس كريم أو الحلوى الجافة أو الحبوب المحلاة أو الحلويات التي تعد في الفرن؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم" اذكر الأصناف والكميات:

*17 هل طفلك يأكل أطعمة مثل:
a. عصير فاكهة أو خضراوات غير مبستر، ..... ☐ نعم ☐ لا
b. منتجات ألبان غير مبسترة، ..... ☐ نعم ☐ لا
c. أجبان طرية مثل الفيتا والكاميمبرت والجبن الذي به خيوط زرقاء والجبن المكسيكي، ..... ☐ نعم ☐ لا
d. لحوم أو سمك أو دجاج أو ديك رومي أو بيض غير مطهي أو نصف مطهي، ..... ☐ نعم ☐ لا
e. أوراق خضراوات غير مطهية (ألفالفا أو برسيم حجازي، برسيم، فول، فجل)، ..... ☐ نعم ☐ لا
f. توفو غير مطهي أو نصف مطهي، ..... ☐ نعم ☐ لا
g. لحوم لنشون أو لحوم ديلي أو نقانق غير مطهي. ..... ☐ نعم ☐ لا

*18 هل طفلك معتاد على أكل أشياء غير الأطعمة؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.
☐ رماد ☐ طين ☐ شرائح طلاء الجدران
☐ خيوط السجاد ☐ تراب ☐ تربة
☐ سجائر وأعقاب السجائر ☐ مطاط رغوي ☐ نشا (نشا غسيل أو نشا ذرة)
☐ ورق ☐ أخرى:

19 هل طفلك يتناول الطعام بنفسه؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.
☐ يأكل بأصابعه ☐ يستخدم شوكة/سكين ☐ يشرب من كوب أطفال ☐ يشرب من كوب عادي أو كوب زجاج
☐ أخرى:

*20 هل طفلك يسير على نظام غذائي خاص؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة: ☐ نباتي ☐ نباتي لا يتناول منتجات ألبان ☐ سعرات منخفضة/إنقاص الوزن ☐ حساسية للطعام ☐ نظام غذائي بوذي
☐ أخرى:

21 هل تقومين بإرضاع هذا الطفل رضاعة طبيعية؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، كم مرة؟

المشروبات

22 هل طفلك يشرب اللبن؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة. ☐حليب صناعي (الاسم) _____
☐ خالٍ من الدسم ☐ قليل الدسم (1%) ☐ غير كامل الدسم (2%) ☐ كامل الدسم
☐ مضاف إليه أرز أو صويا ☐ غير مضاف إليه أرز أو صويا ☐ بودرة ☐ مبخر ☐ مركز ومحلى ☐ حليب غنم
☐ أخرى:

23 كم مرة يشرب طفلك الحليب؟ (ضعي علامة على إجابة واحدة)
☐ عدة مرات/اليوم (أكثر من 3 أكواب) ☐ مرات عديدة/اليوم (3 أكواب) ☐ مرة/اليوم (1 كوب) ☐ أقل من مرة/اليوم

*24 ما هي المشروبات الأخرى التي يشربها طفلك في أي يوم عادي؟ ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.
☐عصير (100%) ☐ ماء بدون أي إضافات ☐ ماء – مضاف إليه سكر ☐ مشروبات من الفاكهة
☐ مشروبات الرياضيين ☐ بوب/صودا عادية ☐ بوب/صودا دايت ☐ قهوة/شاي
☐ ماء جيلاتين/كول إيد ☐ أخرى:

25 كم مرة يشرب طفلك عصير فاكهة بنسبة 100%؟
☐ عدة مرات/اليوم (أكثر من 3 أكواب) ☐ مرات عديدة/اليوم (3 أكواب) ☐ مرة/اليوم (1 كوب) ☐ أقل من مرة/اليوم

26 ما هو مصدر الماء الأساسي لطفلك؟ (ضعي علامة على إجابة واحدة)
☐ نظام المياه بالمدينة ☐ نظام المياه بالريف ☐ بئر خاص ☐ ماء معبأ في زجاجات
إذا كانت الإجابة "بئر خاص"، هل تم اختباره للتأكد من خلوه من البكتريا أو النيترات؟ ..... ☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف
إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على النتائج: ☐ آمن ☐ غير آمن ☐ لا أعرف
هل تعرف ما إذا كان مضافاً إليه الفلورايد؟ ..... ☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف
هل يقوم طفلك بتنظيف أسنانه بالفرشاة بمعجون به فلورايد؟ ..... ☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

زجاجة الرضاعة وأكواب الأطفال

27 هل طفلك يشرب من زجاجة رضاعة؟ ..... ☐ نعم ☐ لا

28 ما الذي يتم عادة وضعه في الزجاجة؟ ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.
☐ حليب ☐ عصير ☐ ماء ☐ مشروبات من الفاكهة ☐ مشروبات الرياضيين ☐ بوب/صودا ☐ قهوة/شاي
☐ حبوب/ أطعمة صلبة أخرى تضاف للزجاجة ☐ أخرى:

29 هل طفلك يأخذ زجاجة الرضاعة أو كوب الطفل إلى سريره في الليل أو عندما ينام في النهار؟ ..... ☐ نعم ☐ لا

30 هل طفلك يحمل معه زجاجة رضاعة أو كوب طفل هنا وهناك أثناء النهار؟ ..... ☐ نعم ☐ لا

المكملات الغذائية

31 هل طفلك يأخذ أي فيتامينات أو أملاح أو أعشاب أو مكملات عشبية؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على النوع. ☐ فيتامينات متعددة للأطفال ☐ مكمل حديد ☐ مكمل الفلورايد
☐ مكمل عشبي ☐ أخرى:

الأمن الغذائي والمشاركة في البرامج

32 في الشهر الماضي، هل شعرتِ أنك، أنت أو أي فرد في الأسرة، تأكلين أقل مما يجب أو لا تأكلين بالمرة طوال يوم كامل بسبب عدم وجود نقود كافية للطعام؟ ..... ☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف أو أرفض الإجابة

33 هل طفلك مسجل في برنامج Early Head Start أو Head Start أو Parents as Teachers؟ ..... ☐ نعم ☐ لا

34 هل أسرتك تشارك في أي برامج غذاء أو برامج تغذية؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة. ☐ طوابع الطعام ☐ الغداء المدرسي ☐ برنامج تعليم التغذية للأسرة (FNEP)
☐ برنامج السلع ☐ مخازن الطعام ☐ آخر:

35 هل لديك أجهزة كافية لحفظ الطعام وتحضيره، على سبيل المثال، ثلاجة وموقد في حالة جيدة ومكان للحفظ ليس به حشرات ضارة أو مواد كيماوية ضارة؟ ..... ☐ نعم ☐ لا

النشاط البدني

36 في أي يوم عادي، كم ساعة يشاهد فيها طفلك التليفزيون و/أو يلعب ألعاب فيديو و/أو يلعب ألعاب كمبيوتر؟
☐ أقل من ساعة ☐ ساعة إلى ساعتين ☐ أكثر من ساعتين

37 في أي يوم عادي، كم عدد الساعات التي يلعبها طفلك في الخارج؟ ..... ☐ أقل من ساعة ☐ ساعة إلى ساعتين ☐ أكثر من ساعتين

TO BE COMPLETED BY WIC OFFICE PERSONEL ONLY

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

هذه المؤسسة مزود خدمات يعمل بمبدأ تكافؤ الفرص.