MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES

Farsi

NUTRITION ASSESSMENT FOR WOMEN / ارزیابی تغذیه بانوان

نام و دی سی ان (DCN) متقاضی:	تاریخ تولد:	CATEGORY: P / B / N	تاریخ تکمیل:

Form completed by: ☐ Participant or WIC Staff: ☐ CPA ☐ RD ☐ Nutritionist ☐ WIC Certifier

خواهشمند است در مورد غذا خوردن خود فکر کنید و پرسش های زیر را تا آنجائی که برایتان مقدور است پاسخ دهید.
برای پاسخ دادن می توانید در جعبه علامت چک بگذارید ☑ و/یا جواب های خود را بنویسید.

الگوی وعده خوراک *(این قسمت باید توسط تمام خانم ها تکمیل شود)*

.1 چند بار در روز غذا می خورید؟ _____ وعدهٔ غذا/روز _____ خوراک مختصر/روز
از چه نوع غذاهایی بعنوان خوراک مختصر استفاده می کنید؟
☐ شیر، ماست، پنیر ☐ گوشت، ماهی، تخم مرغ، لوبیا ☐ میوه یا سبزیجات
☐ نان,(cereal) سریال، برنج و پاستا ☐ چیپس، غذاهای بانمک ☐ شیرینی، کیک، غذاهای شکرین

.2 در یک هفتهٔ عادی، چند وعده غذا در رستوران، شامل رستوران های غذاهای فوری می خورید؟ _____ وعده/هفته

.3 چند بار در هفته خانوادهٔ شما همراه با هم غذا می خورند؟ _____ روز/هفته ☐ شامل حال من نمی شود (تنها)

.4 آیا چیزی در رابطه با غذاهای که می خورید وجود دارد که خواستار تغییر آن باشید؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
تغییرات را ذکر کنید:

الگوی خوراک *(این قسمت باید توسط تمام خانم ها تکمیل شود)*

.5 اکثر غذاها چگونه تهیه می شوند؟ 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

.6 آیا هیچ نوع غذائی هست که شما فکر می کنید به اندازهٔ کافی از آن نمی خورید؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ، تمام آنهایی را که صدق می کنند را علامت بزنید.
☐ شیر، ماست، پنیر ☐ گوشت، ماهی، تخم مرغ، لوبیا ☐ میوه ☐ سبزیجات ☐ نان، سریال (cereal)، برنج و پاستا

.7* آیا شما از هیچ رژیم ویژه ای پیروی می کنید؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
در صورت مثبت بودن جواب، تمام آنهایی که صدق می کنند را علامت بزنید.
☐ گیاه خواری ☐ گیاه خواری (بدون لبنیات) ☐ کالری پایین/ کاهش وزن ☐ مکروبیوتیک ☐ آلرژی به غذا یا عدم تحمل (intolerance)
☐ کم چربی ☐ کاربین هایدرد (Carbohydrate) پایین ☐ دیگر:

.8* بعضی خانم ها تمایل زیاد به مواد غیر غذایی دارند. آیا شما چنین چیزهایی می خورید؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
اگر جواب مثبت است، تمام آنهائی را که شامل حالتان می شود را چک کنید.
☐ خاکستر ☐ گچ ☐ مقدار زیاد یخ و/یا برفک فریزر ☐ دیگر
☐ جوش شیرین ☐ سیگار ☐ تنقلات حاوی رنگ
☐ کبریت سوخته ☐ خاک رس ☐ خاک
☐ نخ قالی ☐ گرد و خاک ☐ نشاسته (لباسشوئی یا نشاسته گل گندم)

آشامیدنی ها *(این قسمت باید توسط تمام خانم ها تکمیل شود)*

.9 آیا شما شیر می نوشید؟..... ☐ آری ☐ خیر
اگر آری، نوع آن را چک کنید.
☐ بدون چربی (بدون خامه) ☐ کم چربی (1%) ☐ چربی کم شده (2%) ☐ کامل ☐ شیر تقویت شده با برنج
☐ شیر سوی (Soy Milk) ☐ پودری ☐ بخار شده ☐ شیرین شدهٔ فشرده شده ☐ شیر بز
☐ دیگر:

.10 شما هر به چند وقت شیر می نوشید؟ بر روی یکی کلیک کنید.
☐ چندین بار/روز ☐ یک بار/ روز ☐ کمتر از یک بار/روز

.11 شما هر به چند وقت غذاهای رژیمی دیگر مانند پنیر، ماست، pudding (شبیه فرنی) می خورید؟
☐ چندین بار/ روز ☐ یکبار/ روز ☐ کمتر از یکبار/روز

.12 چه نوشیدنی هایی در طی روز می نوشید؟ تمام آنهایی را که شامل حالتان می شود چک بزنید.
☐ نوشابه ☐ آب ☐ آب میوه ☐ نوشیدنی های ورزشی ☐ نوشابه معمولی/ گازدار ☐ نوشابه های رژیمی معمولی/ گاز دار ☐ قهوه/چایی
☐ آبجو ☐ شراب ☐ سایر نوشیدنی های الکلی ☐ دیگر

(Turn page over to complete)

13. منبع اصلی آب آشامیدنی شما چیست؟ یکی را چک 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
ج. آیا شما دندان هایتان را با خمیر دندانی که داریا فلورید است مسواک می زنید؟ ..... ☐ آری ☐ خیر

مکمل ها *(این قسمت باید توسط تمام خانم ها تکمیل شود)*

14. آیا شما در زمان آخرین حاملگی تان از هیچ نوع مولتی ویتامین در دهان استفاده کردید؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
اگر جوابتان مثبت است، چند بار در هفته؟ _____ دفعه/هفته

15. آیا شما هیچ ویتامین، مادهٔ معدنی، گیاه یا مکمل گیاهی در طی ماه گذشته و یا اخیراً مصرف نموده اید؟ ☐ آری ☐ خیر
در صورت مثبت بودن جواب، تمام جعبه هایی که شامل حالتان می شوند را علامت بزنید
☐ ویتامین های وابسته به والدین ☐ مولتی ویتامین (غیر وابسته به والدین) ☐ مکمل های آهنی ☐ مکمل های گیاهی
☐ دیگر

امنیت غذائی *(این قسمت باید توسط تمام خانم ها تکمیل شود)*

16. 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

ایمنی غذائی و مشارکت در برنامه *(این قسمت باید توسط تمام خانم ها تکمیل شود)*

17. 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

18. آیا شما در هیچ برنامهٔ غذائی و تغذیه ای مشارکت دارید؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
در صورت مثبت بودن جواب، تمام آنهایی را که صدق می کنند را علامت بزنید.
☐ تمبر های غذائی (Food Stamps) ☐ نهار مدرسه ☐ برنامه آموزشی تغذیه خانواده (FNEP) ☐ برنامه کالا
☐ غذای صرف شده در آشپزخانه (Food Pantry) ☐ دیگر:

فعالیت فیزیکی *(این قسمت باید توسط تمام خانم ها تکمیل شود)*

19. در یک روز عادی، چند دقیقه فعالیت فیزیکی دارید؟ ☐ هیچ ☐ 0-30 ☐ 31-60 ☐ بیش از 60

بارداری *(این قسمت باید توسط تمام خانم ها تکمیل شود)*

20. فکر می کنید چه مقدار وزن باید در طی این حاملگی بدست آورید؟ _____ پوند ☐ نمی دانم

21. آیا شما هیچ یک از مشکلات زیر را دارید؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
در صورت مثبت بودن جواب، تمام آنهایی که صدق می کنند را علامت بزنید.
☐ یبوست ☐ اسهال ☐ حالت تهوع ☐ استفراغ ☐ سوزش معده ☐ دیگر:

* 22. آیا شما هیچ یک از غذاهای زیر را می خورید؟
الف. ماهی خام یا صدف (Shell Fish) ..... ☐ آری ☐ خیر
ب. غذای دریائی یخچالی دود داده ..... ☐ آری ☐ خیر
ج. گوشت، مرغ، یا بوقلمون خام یا کم پخته ..... ☐ آری ☐ خیر
د. گوشت های میان نان، گوشت های حاضری، سوسیس نپخته ..... ☐ آری ☐ خیر
ه. پاتی (pâté) یا غذاهای مختصر گوشتی ..... ☐ آری ☐ خیر
و. شیر پاستوریزه نشده یا غذاهای حاوی شیر پاستوریزه نشده ..... ☐ آری ☐ خیر
ز. پنیرهای نرم مانند فتا (Feta)، بری (Brie)، کممبرت (Camembert)، پنیر رگه آبی (blue-veined)، پنیر سبک مکزیکی ..... ☐ آری ☐ خیر
ح. تخم مرغ خام یا کم پخته یا غذاهای حاوی تخم مرغ خام یا کم پخته ..... ☐ آری ☐ خیر
ط. جوانه های سبزیجات خام مانند یونجه، شبدر، و تربچه ..... ☐ آری ☐ خیر
ی. میوه و آب سبزیجات غیر پاستوریزه ..... ☐ آری ☐ خیر

شیر دادن از طریق پستان *(این قسمت باید توسط تمام خانم ها تکمیل شود)*

23. آیا شما هیچ دلواپسی ای در رابطه با شیر دادن پستانی دارید؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
در صورت مثبت بودن جواب، آنها را بنویسید:

TO BE COMPLETED BY WIC OFFICE PERSONNEL ONLY

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

This institution is an equal opportunity provider.