MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES

# ХАРЧОВА ОЦІНКА ДЛЯ ЖІНОК / NUTRITION ASSESSMENT FOR WOMEN

| ПРІЗВИЩЕ УЧАСНИКА ТА DCN: | ДАТА НАРОДЖЕННЯ | CATEGORY: P / B / N | ДАТА ЗАПОВНЕННЯ |
|---|---|---|---|

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

Згадайте ваш звичний режим харчування і дайте відповідь на наступні питання якомого вичерпніше.
Поставте позначку у вікні ☑ та/чи впишіть вашу відповідь.

## РЕЖИМ ХАРЧУВАННЯ *(Цей розділ має заповнюватись для всіх жінок)*

1. Скільки разів на день ви їсте? ____ прийоми їжі/день ____ легкі закуски / день
   Які продукти ви зазвичай вживаєте як легку закуску?
   ☐ Молоко, йогурт, сир ☐ Молоко, риба, яйця, боби ☐ Фрукти чи овочі
   ☐ Хліб, пластівці, рис і паста ☐ Чіпси/солоні продукти ☐ Печиво/торти/солодкі продукти

2. Скільки разів на тиждень ви їсте у ресторані, у т.ч. у ресторанах фаст-фуд? ____ прийоми їжі / тиждень

3. Скільки днів на тиждень ваша сім'я зазвичай приймає їжу разом? ____ дні/тиждень ☐ (живу одна)

4. Ви хотіли би щось змінити в своєму харчуванні? ..... ☐ Так ☐ Ні
   Перерахуйте зміни:

## РЕЖИМ СПОЖИВАННЯ *(Цей розділ має заповнюватись для всіх жінок)*

5. Як готується більшість продуктів? Позначте те, що треба.
   ☐ Печені ☐ Смажені ☐ Варені ☐ Смажені у ростері ☐ Смажені на вогні ☐ Смажені на грилі
   ☐ Мікрохвильова обробка

6. Чи є такі продукти, яких, як ви вважаєте, ви з'їдаєте недостатньо? ..... ☐ Так ☐ Ні
   Якщо так, позначте все, що треба.
   ☐ Молоко, йогурт, сир ☐ Молоко, риба, яйця, боби ☐ Фрукти ☐ Овочі ☐ Хліб, пластівці рис і паста

*7. Чи ви дотримуєтесь особливої дієти? ..... ☐ Так ☐ Ні
   Якщо так, позначте тип.
   ☐ Вегетаріанство ☐ Веганство ☐ Низькокалорійна/для зниження ваги ☐ Макробіотична ☐ Алергія чи нетерпимість до їжі ☐ З низьким вмістом жиру ☐ З низьким вмістом вуглеводів ☐ Інше:

*8. Деякі жінки відчувають потяг до неїстівних предметів. Чи ви їсте таке?..... ☐ Так ☐ Ні
   Якщо так, позначте те, що треба.
   ☐ Попіл ☐ Крейда ☐ Великі кількості льоду та/чи снігу із морозильника ☐ Інше:
   ☐ Соду ☐ Сигарети ☐ Частинки фарби
   ☐ Горілі сірники ☐ Глина ☐ Грунт
   ☐ Волокна килиму ☐ Пил ☐ Крохмаль (для прання чи кукурудзяний)

## НАПОЇ *(Цей розділ має заповнюватись для всіх жінок)*

9. Чи п'єте ви молоко? ..... ☐ Так ☐ Ні
   Якщо так, позначте тип.
   ☐ Знежирене (збиране) ☐ З низьким вмістом жиру (1%) ☐ Зі зменшеним вмістом жиру (2%) ☐ Незбиране
   ☐ Рисове молоко ☐ Сойове молоко ☐ Сухе ☐ Згущене ☐ Згущене з цукром ☐ Козяче молоко ☐ Інше:

10. Як часто ви п'єте молоко? Позначте те, що треба.
    ☐ Декілька разів/день ☐ Один раз / день ☐ Менше ніж один раз / день

11. Як часто ви їсте інші молочні страви, такі як сир, йогурт чи пудинг?
    ☐ Декілька разів / день ☐ Один раз / день ☐ Менше ніж один раз / день

12. Які інші напої ви п'єте зазвичай щодня? Позначте все, що треба.
    ☐ Сік ☐ Вода ☐ Фруктові напої ☐ Спортивні напої ☐ Звичайні содові ☐ Дієтичні содові
    ☐ Кава/чай ☐ Пиво ☐ Вино ☐ Інші алкогольні напої ☐ Інше:



*(Перегорніть сторінку для завершення)*

13. Яке ваше основне джерело питної води? Позначте.
☐ Міський водогін ☐ Сільський водогін ☐ Приватний колодязь ☐ Вода у пляшках
a. Якщо колодязь, чи здійснювалась перевірка на бактерії чи нітрати? ..... ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю
Якщо так, позначте результати: ☐ Безпечний ☐Небезпечний ☐ Не знаю
b. Вам відомо, чи вода фторована? ..... ☐ Так ☐ Ні
c. Чи ви чистите зуби пастою, що містить фторид? ..... ☐ Так ☐ Ні

## ДОБАВКИ *(Цей розділ має заповнюватись для всіх жінок)*

14. Чи ви вживали мультівітамін за місяць до вашої останньої вагітності? ..... ☐ Так ☐ Ні
Якщо так, скільки раз на тиждень ? _____ разів/тиждень

15. Чи вживали ви будь-які вітаміни, мінерали, трави чи трав'яні добавки у минулому місяці, чи приймаєте їх зараз?
☐ Так ☐ Ні
Якщо так, позначте все, що треба
☐ Вітаміни для вагітних ☐ Мультівітаміни (не для вагітних) ☐ Залізо ☐ Трави ☐ Інші:

## ЗАХИСТ ПРОДУКТІВ *(Цей розділ має заповнюватись для всіх жінок)*

16. Чи ви маєте належне устаткування для зберігання і приготування їжі, таке як холодильник, плита, яка працює, і місце для зберігання, де відсутні шкідники і небезпечні хімікати? ..... ☐ Так ☐ Ні

## ХАРЧОВА БЕЗПЕКА І УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ *(Цей розділ має заповнюватись для всіх жінок)*

17. У минулому місяці ви чи хто-небудь з вашої сім'ї їв менше, ніж ви вважали потрібним, або не їли весь день через відсутність грошей? ..... ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю чи відмовляюсь відповідати

18. Чи ви приймаєте участь у якій-небудь харчовій програмі? ..... ☐ Так ☐ Ні
Якщо так, позначте все, що потрібно.
☐ Продовольчі талони ☐ Шкільний сніданок ☐ Програма харчового виховання у сім'ї (FNEP)
☐ Програма "Commodity" ☐ Комора з безплатними продуктами ☐ Інше:

## ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ *(Цей розділ має заповнюватись для всіх жінок)*

19. Скільки хвилин зазвичай ви фізично активні на протязі дня? ☐ Ні ☐ 0-30 ☐ 31-60 ☐ більше ніж 60

## ВАГІТНІСТЬ *(Заповнюйте цей розділ тільки, якщо ви на цей час вагітні)*

20. Наскільки, на ваш погляд, має збільшитись ваша вага під час вагітності? ____ фунти ☐ не уявляю

21. Чи зіткнулись ви з будь-якою з вказаних проблем? ..... ☐ Так ☐ Ні
Якщо так, позначте все, що потрібно
☐ Закреп ☐ Пронос ☐ Нудота ☐ Блювання ☐ Печія ☐ Інше:

*22. Чи ви споживаєте такі продукти, як:
a. сира риба чи молюски, ..... ☐ Так ☐ Ні
b. охолоджені копчені морські продукти, ..... ☐ Так ☐ Ні
c. сире чи напівприготоване м'ясо, курка чи індичка, ..... ☐ Так ☐ Ні
d. не оброблене термічно закусочне м'ясо, делікатесне м'ясо, хот-доги, ..... ☐ Так ☐ Ні
e. охолоджений паштет чи м'ясна паста, ..... ☐ Так ☐ Ні
f. непастеризоване молоко чи продукти, що містять непастеризоване молоко, ..... ☐ Так ☐ Ні
g. м'які сири, такі як фета, брі, камамбер, голубий сир, мексиканський сир, ..... ☐ Так ☐ Ні
h. сирі чи напівприготовані яйця чи продукти, що містять сирі чи злегка приготовані яйця, ..... ☐ Так ☐ Ні
i. сирі паростки овочів, таких як люцерна, конюшина і редька, ..... ☐ Так ☐ Ні
j. непастеризовані фруктові та овочеві соки. ..... ☐ Так ☐ Ні

## ГОДУВАННЯ ГРУДДЮ *Заповнюйте цей розділ тільки, якщо ви на даний момент годуєте немовля груддю)*

23. Чи є у вас які-небудь скарги, пов'язані з годуванням груддю? ..... ☐ Так ☐ Ні
Якщо так, перерахуйте ці скарги:

## TO BE COMPLETED BY WIC OFFICE PERSONNEL ONLY

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


Ця організація працює на умовах рівних можливостей.