Arabic

MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES

تقييم التغذية للسيدات/ NUTRITION ASSESSMENT FOR WOMEN

اسم المشارك ورقم DCN:	تاريخ الميلاد:	CATEGORY: P / B / N	تاريخ استكمال الاستمارة:

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

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

نظام الوجبات *(هذا الجزء يتم استكماله من قبل جميع السيدات)*

1 كم عدد المرات التي تتناولين فيها الطعام؟ ____ وجبة/يومياً ____ وجبة خفيفة/يومياً
ما هو نوع الطعام الذي تتناولينه عادة كوجبة خفيفة؟
☐حليب ، لبن (زبادي)، جبن ☐ لحم، سمك، بيض، فول ☐ فواكه أو خضراوات
☐ خبز وحبوب وأرز ومكرونة ☐ شرائح بطاطس/أطعمة مملحة ☐ بسكويت/كيك/أطعمة حلوة

2 في أي أسبوع عادي، كم وجبة تتناولينها في المطعم، بما في ذلك مطاعم الوجبات السريعة؟ ____ وجبة/الأسبوع

3 كم يوم في الأسبوع تتناول أسرتك وجبة معاً؟ ____ يوم/أسبوع ☐غير مناسب (غير متزوجة)

4 هل هناك شيء تريدين تغييره فيما يتعلق بالطعام الذي تتناولينه؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
حددي التغييرات:

نظام الأكل *(هذا الجزء يتم استكماله من قبل جميع السيدات)*

5 كيف يتم تحضير معظم الأطعمة؟ ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.
☐ مخبوز ☐ مقلي ☐ مسلوق ☐ روست ☐ مشوي على شواية ☐ مشوي على الفحم ☐ في الميكروويف

6 هل هناك أي أطعمة تعتقدين أنك لا تأكلينها بكمية كافية؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.
☐ حليب، لبن، جبن ☐ لحم، سمك، بيض، فول ☐ فواكه ☐ خضراوات ☐ خبز، حبوب، أرز، مكرونة

*7 هل أنتِ تسيرين على نظام غذائي خاص؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على النوع.
☐ نباتي ☐ نباتي لا يأكل منتجات الألبان ☐ سعرات منخفضة/إنقاص الوزن ☐ نظام غذائي بوذي ☐ حساسية للطعام
☐ قليل الدسم ☐ قليل الكربوهيدرات ☐ آخر:

*8 بعض السيدات يرغبن في أكل أشياء غير الأطعمة. هل تأكلين أي شيء من هذه الأشياء؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.
☐ رماد ☐ طباشير ☐ كميات كبيرة من الجليد و/أو الثلج ☐ أخرى:
☐ صودا الخبيز ☐ سجائر ☐ شرائح طلاء الجدران
☐ كبريت محترق ☐ طين ☐ تربة
☐ ألياف السجاد ☐ تراب ☐ نشا (نشا غسيل أو نشا ذرة)

المشروبات *(هذا الجزء يتم استكماله من قبل جميع السيدات)*

9 هل تشربين الحليب؟ ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على النوع.
☐ خالي من الدسم ☐ قليل الدسم (1%) ☐ غير كامل الدسم (2%) ☐ كامل الدسم ☐ حليب الأرز
☐ حليب بالصويا ☐ بودرة ☐ مبخر ☐ مكثف محلى ☐ حليب غنم
☐ أخرى:

10 كم مرة تشربين الحليب؟ ضعي علامة على إجابة واحدة.
☐ عدة مرات/اليوم ☐ مرة/اليوم ☐ أقل من مرة/اليوم

11 كم مرة تتناولين فيها منتجات الألبان الأخرى مثل الجبن أو اللبن أو البودنج؟
☐ عدة مرات/اليوم ☐ مرة/اليوم ☐ أقل من مرة/اليوم

12 ما هي المشروبات الأخرى التي تشربينها في أي يوم عادي؟ ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.
☐ عصير ☐ ماء ☐ مشروبات من الفاكهة ☐ مشروبات الرياضيين ☐ بوب/صودا عادية ☐ بوب/صودا دايت ☐ قهوة/شاي
☐ بيرة ☐ خمر ☐ مشروبات كحولية أخرى ☐ أخرى:

(اقلب الصفحة لاستكمال الإجابة)

13 ما هو مصدر الماء الرئيسي لك؟ ضعي علامة على إجابة واحدة.

☐ نظام المياه بالمدينة ☐ نظام المياه بالريف ☐ بئر خاص ☐ ماء معبأ في زجاجات

a إذا كانت الإجابة "بئر خاص"، هل تم اختباره للتأكد من خلوه من البكتريا أو النيترات؟ ..... ☐ آمن ☐ غير آمن ☐ لا أعرف

إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على النتائج: ☐ آمن ☐ غير آمن ☐ لا أعرف

b هل تعرفين ما إذا كان مضافاً إليه الفلورايد؟ ..... ☐ نعم ☐ لا

c هل تقومين بتنظيف أسنانك بالفرشاة بمعجون به فلورايد؟ ..... ☐ نعم ☐ لا

المكملات الغذائية *(هذا الجزء يتم استكماله من قبل جميع السيدات)*

14 هل أخذتِ فيتامينات متعددة في الشهر الذي سبق آخر حمل لك؟ ..... ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، كم مرة في الأسبوع؟ ____ مرة/الأسبوع

15 هل أخذتِ أي فيتامينات أو أملاح أو أعشاب أو مكملات عشبية في الشهر الأخير أو الآن؟ ..... ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.

☐ فيتامين قبل الولادة ☐ فيتامينات متعددة (ليس قبل الولادة) ☐ مكمل غذائي من الحديد ☐ مكمل غذائي من الأعشاب

☐ أخرى:

سلامة الطعام *(هذا الجزء يتم استكماله من قبل جميع السيدات)*

16 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

الأمن الغذائي والمشاركة في البرامج *(هذا الجزء يتم استكماله من قبل جميع السيدات)*

17 في الشهر الماضي، هل شعرتِ أنت أو أي فرد في الأسرة أنكِ تأكلين أقل مما يجب أو لا تأكلين بالمرة طوال يوم كامل بسبب عدم وجود طعام كافٍ؟ ..... ☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف أو أرفض الإجابة

18 هل تشاركين في أي برامج غذاء أو برنامج 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 ☐ أخرى: _____

النشاط البدني *(هذا الجزء يتم استكماله من قبل جميع السيدات)*

19 في أي يوم عادي، كم عدد **الدقائق** التي تمارسين فيها نشاطاً بدنياً؟ ☐ لا يوجد ☐ 0-30 ☐ 31-60 ☐ أكثر من 60

الحمل *(هذا الجزء لا يتم استكماله إلا إذا كنتِ حاملاً في الوقت الحالي)*

20 ما مقدار الزيادة في وزنك التي تعتقدين أنه يجب عليكِ تحقيقها مع هذا الحمل؟ ____ رطل ☐ لا أعلم

21 هل تعانين من أي مشكلة من المشكلات التالية؟ ..... ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، ضعي علامة على كل الإجابات المناسبة.

☐ إمساك ☐ إسهال ☐ غثيان ☐ قيء ☐ حرقة في فم المعدة ☐ آخر:

*22 هل تأكلين أطعمة مثل:

a. سمك غير مطهي أو محار..... ☐ نعم ☐ لا
b. سمك مدخن محفوظ في الثلاجة، ..... ☐ نعم ☐ لا
c. لحوم أو دجاج أو ديك رومي غير مطهي أو نصف مطهي، ..... ☐ نعم ☐ لا
d. لحوم لنشون أو لحوم ديلي أو نقانق غير مطهية، ..... ☐ نعم ☐ لا
e. باتيه أو لحوم قابلة للدهن، ..... ☐ نعم ☐ لا
f. حليب غير معقم أو أطعمة تحتوي على حليب غير مغقم، ..... ☐ نعم ☐ لا
g. أجبان طرية مثل الفيتا والكاميمبرت والجبن الذي به خيوط زرقاء والجبن المكسيكي، ..... ☐ نعم ☐ لا
h. بيض غير مطهي أو نصف مطهي أو أطعمة تحتوي على بيض غير مطهي أو نصف مطهي، ..... ☐ نعم ☐ لا
i. أوراق خضراوات غير مطهية (ألفالفا، برسيم، فجل)، ..... ☐ نعم ☐ لا
j. عصير فاكهة أو خضراوات غير مبستر ..... ☐ نعم ☐ لا

الرضاعة الطبيعية *(هذا الجزء لا يتم استكماله إلا إذا كنتِ حاملاً في الوقت الحالي)*

23 هل لديك مشكلات تتعلق بالرضاعة الطبيعية؟ ..... ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكري تلك المشكلات:

TO BE COMPLETED BY WIC OFFICE PERSONNEL ONLY

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

هذه المؤسسة مزود خدمات يعمل بمبدأ تكافؤ الفرص.