MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES

# NUTRITION ASSESSMENT FOR INFANTS / ارزیابی تغذیه اطفال

| تاریخ تکمیل: | 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
اگر آری، تغییرات را ذکر کنید:
3. آیا هیچگاه پزشک به شما گفته است که کودک شما مشکل طبی یا بیماری دارد؟..... ☐ آری ☐ خیر
اگر آری، ذکر کنید:
4. آخرین باری که کودک شما به پزشک مراجعه کرد کی بود؟ تاریخ: ☐ نمی دانم
5. زمان تغذیهٔ کودک تان را چگونه توصیف می کنید؟ تمام آنهایی را که صدق می کنند علامت بزنید.
☐ بسیار دلپذیر ☐ معمولاً دلپذیر ☐ گاهاً دلپذیر ☐ هیچگاه دلپذیر نیست
6. فرزند شما چه نوع کارهایی را می تواند انجام دهد؟ تمام آنهایی را که صدق می کنند علامت بزنید.
☐ بازکردن دهان برای پستان یا بطری ☐ نوشیدن مایعات ☐ نشستن با حمایت ☐ بردن اشیاء به دهان و گاز زدن آنها
☐ دنبال کردن اشیاء یا صدا ها با چشمان ☐ بردن دست به دهان ☐ نوشیدن از فنجانی که نگه داشته شده ☐ نگهداشتن بطری بدون حمایت
7. فرزند شما چند پوشک خیس در طی 24 ساعت دارد؟ ____ خیس/24 ساعت
8. فرزند شما چند پوشک کثیف در طی 24 ساعت دارد ____ کثیف/24 ساعت

## تغذیهٔ اولیه

*9. شما چه نوع شیری به فرزند خود تغذیه می کنید؟ تمام آنهایی را که صدق می کنند علامت بزنید.
☐ شیر پستان ☐ فرمول آهن-تقویت شده ☐ فرمول آهن-کم ☐ شیر گاو (بدون چربی/بدون خامه؛ 1%، 2% یا کامل)
☐ برنج یا سوی (soy) آشامیدنی ☐ پودر شده ☐ شیر بخار شده ☐ شیر شیرین شدهٔ فشرده شده
☐ شیر بز ☐ نمی دانم ☐ دیگر
10. آیا شما در حال حاضر با پستان به فرزندتان شیر می دهید؟..... ☐ آری ☐ خیر
11. آیا شما هیچگاه با پستان به فرزندتان شیر داده اید؟..... ☐ آری ☐ خیر
اگر آری، به چه مدت؟
12. شما از کجا می دانید فرزندتان گرسنه است؟ تمام آنهایی را که صدق می کنند علامت بزنید.
☐ می گرید ☐ صدای نق نق مختصری می کند ☐ دستان یا لبانش را می مکد ☐ سرش را به سمت سر پستان یا بطری می گرداند ☐ دیگر:
13. شما از کجا می دانید فرزندتان سیر شده؟ تمام آنهایی را که صدق می کنند علامت بزنید.
☐ دهانش را می بندد ☐ سرش از سر سینه یا بطری بر می گرداند ☐ سر سینه را از دهانش بیرون می راند
☐ به چیزهای دیگر در اتاق علاقه نشان می دهد ☐ دیگر

## تغذیهٔ پستانی (تنها در صورت شیر دادن کامل یا نیمه کامل با پستان تکمیل کنید)

14. تغذیهٔ پستانی شما چطور پیش می رود؟
☐ خوب، من به کمک مورد نیازم دسترسی دارم ☐ بد نیست؛ من تعدادی سوال دارم ☐ چندان خوب نیست؛ من به کمک احتیاج دارم
15. شما چند مرتبه در طی 24 ساعت از طریق پستان، اکسپرس یا دوشیدن شیر می دهید؟
با پستان ____ مرتبه/24 ساعت اکسپرس ____ مرتبه/24 ساعت دوشیدن ____ مرتبه/24 ساعت
16. آیا هیچگاه درد و سوزش در سر سینهٔ خود احساس کرده اید؟..... ☐ آری ☐ خیر
17. آیا شما می توانید شما قورت دادن فرزندتان را در زمان تغذیه بشنوید؟..... ☐ آری ☐ خیر

### برخورد با شیر پستان بصورت اکسپرس

18. شیر پستان را چگونه ذخیره می کنید؟ ☐ فریزر ☐ یخچال ☐ دیگر
19. قبل از دور انداختن چه مدت آنرا در یخچال نگه می دارید ؟ ____ ساعت/روز (دور یکی دایره بکشید)
20. شیر پستان را تا چه مدت پس از گرم شدن نگه می دارید؟ ____ ساعت/روز (دور یکی دایره بکشید)
21. شما با شیر پستان مانده در بطری چکار می کنید؟
☐ برای تغذیه بعدی بیرون نگه می دارم ☐ مجدداً در یخچال می گذارم برای بعد ☐ دور می اندازم ☐ دیگر

## فرمول (تنها در صورتی که کودک از فرمول استفاده می کند پر کنید)

22. کودک شما از چه فرمولی استفاده می کند؟ نام:
☐ پودر ☐ مایع متمرکز (Liquid Concentrate) ☐ آمادهٔ تغذیه
23. کودک شما چند اونس (ounces) از فرمول در هر تغذیه مصرف می کند؟ ____ اونس در هر تغذیه
و چند مرتبه تغذیه در روز؟ ____ تغذیه/24 ساعت

### برخورد با فرمول

24. چه مقدار آب و فرمول در هر تغذیه مخلوط می کنید ____ اونس آب با ____ اونس/ملاقه از فرمول
ملاقه های فرمول هم تراز هستند یا کپه ای؟ ☐ کپه ای ☐ هم تراز
فرمول را پس از مخلوط کردن چگونه ذخیره می کنید؟ ☐ یخچال ☐ دیگر



*(Turn page over to complete)*

.25 فرمول میکس شده را تا چه مدت قبل از دور انداختن در یخچال نگه می دارید؟ ____ ساعت/روز (دور یکی دایره بکشید)

.26 تا چه مدت می گذارید بطری فرمول در دمای هوای اتاق بماند؟ ____ ساعت

.27 شما با فرمول باقی مانده در بطری بعد از تغذیه چه می کنید؟
☐ برای تغذیه بعدی بیرون نگه می دارم ☐ برای تغذیهٔ بعدی در یخچال نگه می دارم ☐ دور می اندازم ☐ دیگر:

## منبع آب

.28 شما از چه نوع آبی برای مخلوط کردن فرمول یا آشامیدن فرزندتان استفاده می کنید؟
☐ سیستم آب شهری ☐ چاه خصوصی ☐ آب بطری ☐ آب شیرخوارگاه

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

## غذاهای جامد و نوشیدنی ها

.29 آیا فرزند شما سریال اطفال، غذای اطفال یا غذای سر میز را شروع کرده است؟..... ☐ آری ☐ خیر
اگر آری، در چه سنی شما شروع به تغذیه این غذاها کردید و چه نوع؟
آیا آنها اکثراً: ☐ خمیر شده ☐ پوره شده یا غذای اطفال ☐ ریز ریز شده ☐ مایع ☐ غذاهای انگشتی ☐ دیگر
اگر آری، شما این غذاها را چگونه تغذیه می کنید؟ ☐ قاشق ☐ بطری/بطری پستانک دار ☐ کودک خودش می خورد

*.30 آیا فرزند شما عسل یا غذاهای درست شده ازعسل را مانند بیسکویت عسلی گراهام (honey graham crackers)، مافین (muffins)، و غیره می خورد؟..... ☐ آری ☐ خیر

.31 آیا فرزند شما آب میوهٔ 100% می نوشد؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
اگر آری، چند اونس از آب میوه کامل در یک روز؟ ____ اونس/روز

.32 شما چگونه به فرزندتان نوشیدنی می دهید؟ ☐ بطری ☐ فنجان

.33 در چه سنی شما شروع به تغذیه نوشیدنی به فرزند خود کردید؟ ____ ماه

*.34 آیا فرزند شما غذاهایی مانند غذاهای زیر می خورد:
الف. میوه یا آب سبزیجات یا فراورده های رژیمی پاستوریزه نشده..... ☐ آری ☐ خیر
ب. پنیرهای نرم مانند فتا (Feta)، بری (Brie)، کممبرت (Camembert)، پنیر رگه آبی (blue-veined)، پنیر سبک مکزیکی ..... ☐ آری ☐ خیر
ج. گوشت، ماهی، مرغ، بوقلمون، یا تخم مرغ خام یا کم پخته ..... ☐ آری ☐ خیر
د. جوانه های سبزیجات خام (جوانه، شبدر، لوبیا، تربچه) ..... ☐ آری ☐ خیر
ه. توفو (tofu) خام یا کم پخته ..... ☐ آری ☐ خیر
و. گوشت های نهاری، گوشت های حاضری، و سوسیس نپخته ..... ☐ آری ☐ خیر

*.35 آیا فرزند شما از رژیم خاصی پیروی می کند؟ ..... ☐ آری ☐ خیر
اگر آری، نوع آنرا علامت بگذارید یا بنویسید ☐ گیاه خواری (بدون لبنیات) ☐ میکروبایوتیک ☐ دیگر:

.36 آیا فرزند شما اغلب غذاهای شیرین از قبیل آب نبات، شکلات، سریال شیرین شده، یا دسر می خورد؟..... ☐ آری ☐ خیر
نوع و قیمت (ها):

## بطری کودک و فنجان خرده نوشی (sippy cup)

.37 فرزند شما چیز دیگر بغیر از شیر پستان یا فرمول در بطری یا فنجان خرده نوشی (sippy cup) می نوشد؟..... ☐ آری ☐ خیر
اگر آری تمام آنهایی را که صدق می کنند علامت بزنید ☐ شیر ☐ نوشابه (100%) ☐ آب ☐ نوشابه های بدون گاز/ گاردار
☐ آب ژلاتینی/Kool-Aid ☐ چای شیرین شده ☐ دیگر

*.38 آیا شما پستانک کودک را در محلول (syrup) کرو/ذرت (Karo/corn) یا عسل فرو می کنید یا آنها را به بطری کودک اضافه می کنید؟..... ☐ آری ☐ خیر

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

.40 آیا شما بطری فرزندتان را در زمان تغذیه نگه می دارید؟ ..... ☐ آری ☐ خیر

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

## مکمل ها

.42 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، تمام آنهایی را که صدق می کنند علامت بزنید ☐ مولتی ویتامین های اطفال ☐ مکمل ویتامین دی (D) ☐ مکمل های گیاهی، درمانی یا چای
☐ مکمل های دارای آهنی ☐ مکمل های دارای فلورید ☐ دیگر:

## ایمنی غذائی و مشارکت در برنامه

.43 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.

.44 اگر فرمول شما در طی ماه گذشته تمام شد چه کار کردید؟ ذکر کنید:

.45 آیا فرزند یا خانوادهٔ شما در هیچ یک از برنامهٔ غذائی و تغذیه ای زیر مشارکت می کند؟..... ☐ آری ☐ خیر
اگر آری، کدام؟ ☐ تمبر های غذائی (Food Stamps) ☐ برنامه آموزشی تغذیه خانواده (FNEP) ☐ برنامه کالا (Commodity program)
☐ غذای صرف شده در آشپزخانه (Food Pantry) ☐ شروع زود هنگام (Early Head Start) _____ ☐ والدین و معلمین ☐ دیگر

.46 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

## TO BE COMPLETED BY WIC OFFICE PERSONNEL ONLY

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


This institution is an equal opportunity provider.