



تقييم التغذية للأطفال الرضع / NUTRITION ASSESSMENT FOR INFANTS

اسم المشارك ورقم DCN:	تاريخ الميلاد:	تاريخ استكمال الاستمارة:
Form completed by: <input type="checkbox"/> Parent/Guardian or WIC Staff: <input type="checkbox"/> CPA <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> Nutritionist <input type="checkbox"/> WIC Certifier		
يرجى التفكير في نظام تغذية طفلك والإجابة على الأسئلة التالية بقدر المستطاع. يرجى وضع علامة <input checked="" type="checkbox"/> في المربع و/أو كتابة إجابتك.		
مقدم الرعاية		
1	كيف تصفين شهية طفلك؟ <input type="checkbox"/> جيدة <input type="checkbox"/> متوسطة <input type="checkbox"/> ضعيفة	
2	هل لاحظت مؤخراً أي تغيرات في شهية طفلك؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر التغيرات:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3	هل أخبرك طبيبك بأن طفلك لديه حالات مرضية أو أي مرض؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، حدد ذلك:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
4	ما هي آخر مرة ذهب فيها طفلك إلى الطبيب؟ التاريخ: <input type="checkbox"/> لا أعرف	
5	كيف تصفين وقت إطعام طفلك؟ ضع علامة على كل الإجابات المناسبة. <input type="checkbox"/> سار دائماً <input type="checkbox"/> سار عادة <input type="checkbox"/> سار أحياناً <input type="checkbox"/> غير سار بالمرّة	
6	ما هي أنواع الأشياء التي يمكن لطفلك القيام بها؟ ضع علامة على كل الإجابات المناسبة. <input type="checkbox"/> يفتح فمه لأخذ الثدي أو زجاجة الرضاعة <input type="checkbox"/> يشرب السوائل <input type="checkbox"/> يجلس بمساعدة الغير <input type="checkbox"/> يضع الأشياء عند فمه وبعضها يتابع الأشياء والأصوات بعينه <input type="checkbox"/> يضع يده في فمه <input type="checkbox"/> يشرب من كوب يمسه شخص آخر <input type="checkbox"/> يمسك زجاجة الرضاعة بدون مساعدة	
7	كم عدد الحفازات التي يبذلها طفلك خلال 24 ساعة؟ _____ مبللة/24 ساعة	
8	كم عدد الحفازات التي يوسخها طفلك خلال 24 ساعة؟ _____ متسخة/24 ساعة	
التغذية الأولية		
9*	ما هو نوع الحليب الذي يتغذى عليه طفلك؟ ضع علامة على كل الإجابات المناسبة. <input type="checkbox"/> حليب الثدي <input type="checkbox"/> حليب صناعي مضاف إليه حديد <input type="checkbox"/> حليب صناعي مع حديد قليل <input type="checkbox"/> حليب بقرة (خالٍ من الدسم؛ 1% أو 2% أو كامل الدسم) <input type="checkbox"/> حليب غنم <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أخرى: <input type="checkbox"/> حليب مكنف محلي <input type="checkbox"/> حليب مبخر <input type="checkbox"/> بودرة	
10	هل تقومين بإرضاع طفلك رضاعة طبيعية في الوقت الحالي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
11	هل سبق أن قمت بإرضاع طفلك رضاعة طبيعية؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، كم كان طول المدة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
12	كيف تعرفين أن طفلك جائع؟ ضع علامة على كل الإجابات المناسبة. <input type="checkbox"/> يبكي <input type="checkbox"/> يصدر أصوات احتياج بسيطة <input type="checkbox"/> يمص يديه أو شفثيه <input type="checkbox"/> يميل رأسه نحو حلمة الثدي أو زجاجة الرضاعة <input type="checkbox"/> أخرى:	
13	كيف تعرفين أن طفلك غير جائع؟ ضع علامة على كل الإجابات المناسبة. <input type="checkbox"/> يغلق فمه <input type="checkbox"/> يميل رأسه بعيداً عن الحلمة أو زجاجة الرضاعة <input type="checkbox"/> يدفع الحلمة بعيداً عن فمه <input type="checkbox"/> يبدي اهتمامه بأشياء أخرى في الحجرة <input type="checkbox"/> أخرى:	
الرضاعة الطبيعية (يتم استكمالها فقط إذا كانت الأم ترضع طفلها رضاعة طبيعية كلياً أو جزئياً)		
14	كيف حال الرضاعة الطبيعية؟ <input type="checkbox"/> على ما يرام؛ أحصل على المساعدة التي أحتاج إليها. <input type="checkbox"/> لا بأس؛ لدي بعض الأسئلة. <input type="checkbox"/> ليست على ما يرام؛ أحتاج إلى مساعدة	
15	كم مرة ترضعين طفلك رضاعة عادية أو حليب الأم المحفوظ أو باستخدام المضخة خلال 24 ساعة؟ عادية _____ مرة/24 ساعة محفوظ _____ مرة/24 ساعة مضخة _____ مرة/24 ساعة	
16	هل شعرت في أي مرة باحتقان في حلمتي الثدي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
17	هل تسمعين طفلك أثناء البلع خلال الرضاعة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
التعامل مع حليب الأم المحفوظ		
18	كيف تقومين بحفظ حليب الأم المستخرج من ثدييك؟ <input type="checkbox"/> في الفريزر <input type="checkbox"/> في الثلاجة <input type="checkbox"/> أخرى:	
19	كم طول مدة حفظك له في الثلاجة قبل أن تتخلصين منه؟ _____ ساعات/أيام (ضعي علامة على إجابة واحدة)	
20	كم طول مدة احتفاظك بحليب الثدي المجمد بعد ذوبان الثلج منه؟ _____ ساعات/أيام (ضعي علامة على إجابة واحدة)	
21	ماذا تفعلين بحليب الثدي المتبقي في زجاجة الرضاعة؟ <input type="checkbox"/> أتركه لأرضعه به فيما بعد <input type="checkbox"/> أعيدته إلى الثلاجة لاستخدامه فيما بعد <input type="checkbox"/> أتخلص منه <input type="checkbox"/> أخرى:	
الحليب الصناعي (يتم استكمالها فقط إذا كان الطفل يتم إرضاعه بحليب صناعي)		
22	ما هو نوع الحليب الصناعي الذي ترضعين به طفلك؟ الاسم: <input type="checkbox"/> بودرة <input type="checkbox"/> سائل مركز <input type="checkbox"/> جاهز للرضاعة	
23	كم أوقية من الحليب الصناعي يشربها طفلك في كل رضعة؟ _____ أوقية في كل رضعة وكم رضعة في اليوم؟ _____ رضعة/24 ساعة	
التعامل مع الحليب الصناعي		
24	ما مقدار الماء الذي تخلطينه بالحليب الصناعي في كل رضعة؟ _____ أوقية من الماء مع هل يكون المكيال مستويًا أم ممتلئًا حتى آخره؟ <input type="checkbox"/> ممتلئًا حتى آخره <input type="checkbox"/> مستويًا كيف تحفظين الحليب الصناعي بعد مزجه بالماء؟ <input type="checkbox"/> في الثلاجة <input type="checkbox"/> أخرى:	

25	كم طول مدة حفظك للحليب الصناعي في الثلاجة بعد مزجه بالماء، قبل التخلص منه؟ _____ ساعات/أيام (ضعي علامة على إجابة واحدة)
26	كم مدة تركك لزجاجة الرضاعة وبها الحليب الصناعي في درجة حرارة الحجرة؟ _____ ساعة
27	ماذا تفعلين بالحليب الصناعي المتبقي في زجاجة الرضاعة؟ <input type="checkbox"/> أتركه لأرضعه به فيما بعد <input type="checkbox"/> أعيدته إلى الثلاجة لاستخدامه فيما بعد <input type="checkbox"/> أتخلص منه <input type="checkbox"/> أخرى:
مصدر المياه	
28	ما هو نوع الماء الذي تستخدمينه مع طفلك عند مزج الحليب الصناعي أو الشرب؟ <input type="checkbox"/> نظام المياه بالمدينة أو القرية <input type="checkbox"/> بئر خاص <input type="checkbox"/> ماء معبأ في زجاجات <input type="checkbox"/> ماء رضاعة a إذا كانت الإجابة "ماء بئر"، هل تم اختياره للتأكد من خلوه من البكتريا أو النيترات؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف إذا كانت الإجابة "نعم"، ضع علامة على النتائج: <input type="checkbox"/> آمن <input type="checkbox"/> غير آمن <input type="checkbox"/> لا أعرف b هل تعرفين ما إذا كان مضاف إليه الفلوريد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف
الأطعمة الصلبة والعصائر	
29	هل طفلك بدأ يتناول حبوب الأطفال أو طعام الأطفال أو طعام المائدة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "نعم"، في أي سن بدأت هذه الأطعمة وما هي؟ هل هي في الغالب: <input type="checkbox"/> مهروسة <input type="checkbox"/> بوريه أو طعام أطفال <input type="checkbox"/> مقطعة <input type="checkbox"/> سائلة <input type="checkbox"/> أطعمة تعطى بالأصابع <input type="checkbox"/> أخرى: إذا كانت الإجابة "نعم"، كيف تطعمينه هذه الأطعمة؟ <input type="checkbox"/> بالمعلقة <input type="checkbox"/> بزجاجة الرضاعة/أداة إرضاع الطفل <input type="checkbox"/> الطفل يطعم نفسه بنفسه
30*	هل طفلك يأكل العسل أو أي أطعمة مصنوعة بالعسل مثل بسكويت جراهام بالعسل أو الموفين... الخ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
31	هل طفلك يشرب عصير فاكهة بنسبة 100%؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "نعم"، كم أوقية من العصير في اليوم؟ _____ أوقية/اليوم
32	كيف ترضعين العصير لطفلك؟ <input type="checkbox"/> كوب <input type="checkbox"/> زجاجة رضاعة
33	في أي سن بدأت إرضاع العصير لطفلك؟ _____ شهر
34*	هل طفلك يأكل أطعمة مثل: a. عصير فاكهة أو خضراوات غير مبستر أو منتجات ألبان غير مبسترة، <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا b. أجبان طرية مثل الفيتا والكاميميرت والجبن الذي به خيوط زرقاء والجبن المكسيكي، <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا c. لحوم أو سمك أو دجاج أو ديك رومي أو بيض غير مطهي أو نصف مطهي، <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا d. أوراق خضراوات غير مطهية (الفاقا أو برسيم حجازي، برسيم، فول، فجل)، <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا e. توفو غير مطهي أو نصف مطهي، <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا f. لحوم لنشون أو لحوم ديلي أو نقائق. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
35*	هل طفلك يسير على نظام غذائي خاص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "نعم"، ضع علامة على النوع <input type="checkbox"/> نباتي لا يأكل منتجات الألبان <input type="checkbox"/> نظام غذائي بوذي <input type="checkbox"/> آخر:
36	هل تعتقدت أن طفلك غالباً ما يأكل أطعمة حلوة مثل الأيس كريم أو الحلوى الجافة أو الحبوب المحلاة أو الحلويات التي تعد في الفرن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا الأصناف والكميات:
زجاجات الرضاعة وكواب الأطفال	
37	هل طفلك يشرب أي شيء غير حليب الثدي أو الحليب الصناعي في زجاجة الرضاعة أو كوب الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "نعم"، ضع علامة على كل الإجابات المناسبة. <input type="checkbox"/> حليب <input type="checkbox"/> عصير (100%) <input type="checkbox"/> ماء <input type="checkbox"/> مرطبات/بوب/صودا عادية <input type="checkbox"/> ماء جيلاتين/كول إيد <input type="checkbox"/> شاي محلي <input type="checkbox"/> أخرى:
38*	هل تغمسين عضاضة الطفل في شراب كارو/شراب الذرة أو العسل أو تضيفينه إلى زجاجة الرضاعة الخاصة بطفلك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
39*	هل طفلك يأخذ زجاجة الرضاعة إلى سريريه في الليل أو عندما ينام في النهار؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
40	هل تمسكين زجاجة الرضاعة لطفلك أثناء الرضاعة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
41*	هل طفلك يحمل معه زجاجة رضاعة أو كوب طفل هنا وهناك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
المكملات الغذائية	
42	هل طفلك يأخذ أي فيتامينات أو أملاح أو أعشاب أو مكملات عشبية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "نعم"، ضع علامة على كل الإجابات المناسبة. <input type="checkbox"/> فيتامينات متعددة للأطفال <input type="checkbox"/> مكمل من فيتامين د <input type="checkbox"/> مكملات أو أدوية عشبية أو شاي عشبي <input type="checkbox"/> مكملات من الحديد <input type="checkbox"/> مكمل من الفلورايد <input type="checkbox"/> آخر
الأمن الغذائي والمشاركة في البرامج	
43	في الشهر الماضي، هل شعرت أنك، أنت أو أي فرد في الأسرة، تأكلين أقل مما يجب أو لا تأكلين بالمرّة طوال يوم كامل بسبب عدم وجود نقود كافية للطعام؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف أو أرفض الإجابة
44	في الشهر الماضي، ماذا فعلت عندما نفذ الحليب الصناعي من عندك؟ حددي ذلك:
45	هل طفلك أو أسرته تشارك في أي برنامج من البرامج التالية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> طوابع الطعام <input type="checkbox"/> برنامج التنقيف الغذائي للأسرة (FNEP) <input type="checkbox"/> برنامج السلع <input type="checkbox"/> مخازن الطعام <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> الأباء كمعلمين <input type="checkbox"/> آخر
46	هل لديك أجهزة كافية لحفظ الطعام وتحضيره، على سبيل المثال، ثلاجة وموقد في حالة جيدة ومكان للحفاظ ليس به حشرات ضارة أو مواد كيميائية ضارة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
TO BE COMPLETED BY WIC OFFICE PERSONNEL ONLY	
SIGNATURE (NUTRITION COUNSELING):	SIGNATURE (RISK ASSESSMENT):
DATE:	DATE: