



اسم الطفل:	العمر: /متوسط العمر بالأشهر 24-59 <input type="checkbox"/> 2-23 <input type="checkbox"/>	البيانات المكتملة:
1.	هل طفلك يتبع نظام غذائي خاص؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فاختر لي: نباتي <input type="checkbox"/> نباتي صرف <input type="checkbox"/> حماية لخفض السرعات الحرارية / الوزن <input type="checkbox"/> حساسية الطعام أو عدم القدرة على الهضم إذا كان الجواب نعم، فهل هناك حالة طبية ذات صلة بهذا النظام الغذائي؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> أخرى: <input type="checkbox"/>	
2.	أي من الأطعمة التالية يأكلها طفلك؟ (اختر كل ما ينطبق) <input type="checkbox"/> عصائر الفواكه الطازجة أو عصير الخضار <input type="checkbox"/> اللحوم النيئة أو غير المطبوخة جيداً، أو الأسماك، أو الدجاج والديك الرومي أو البيض <input type="checkbox"/> الألبان الطرية مثل فيتا، بري، كامبير، <input type="checkbox"/> الجبن الأزرق المعرق، كازو بلانكو، كازو الطازجة <input type="checkbox"/> أو اللحوم غير المطبوخة، أو اللحوم الباردة، أو هوت دوج <input type="checkbox"/> أو منتجات الألبان (الزراعية الطازجة) غير المبسترة <input type="checkbox"/> البراعم الخام (الفصّة، والبرسيم، والفاصوليا، والفجل) <input type="checkbox"/> لا شيء مما سبق	
3.	هل يتناول طفلك بصورة روتينية الأشياء التي تعتبر مواد غير غذائية؟ إذا كان الجواب نعم، فاختر كل ما ينطبق. <input type="checkbox"/> الرماد <input type="checkbox"/> ألياف السجاد <input type="checkbox"/> السجائر أو أعقاب السجائر <input type="checkbox"/> الطين <input type="checkbox"/> الغبار <input type="checkbox"/> رغوة المطاط <input type="checkbox"/> قشر الدهون <input type="checkbox"/> الورق <input type="checkbox"/> التربة <input type="checkbox"/> النشا (نشا الذرة أو الغسيل) مواد أخرى: <input type="checkbox"/>	
4.	في اليوم العادي، كم مرة يتناول طفلك الفواكه؟ لا شيء <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 مرات أو أكثر <input type="checkbox"/>	
5.	في اليوم العادي، كم مرة يتناول طفلك الخضروات؟ لا شيء <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 مرات أو أكثر <input type="checkbox"/>	
6.	أي نوع من الحليب يشرب طفلك؟ (اختر كل ما ينطبق) <input type="checkbox"/> حليب الأم <input type="checkbox"/> حليب الأرز أو حليب اللوز <input type="checkbox"/> أي نوع من الحليب يشربه طفلك؟ <input type="checkbox"/> الخالي من الدهون (الخالي من الدسم) <input type="checkbox"/> منخفض الدسم (1٪) <input type="checkbox"/> قليل الدسم (2٪) <input type="checkbox"/> كل أنواع الحليب <input type="checkbox"/> لا ينطبق في اليوم العادي، كم مرة يشرب طفلك الحليب؟ <input type="checkbox"/> 4 أكواب أو أكثر/عدة مرات/يوميًا <input type="checkbox"/> 3 أكواب/ثلاث مرات/يوميًا <input type="checkbox"/> 2 أكواب/مرتين/يوميًا <input type="checkbox"/> 1 كوب أو أقل/مرة واحدة/يوميًا أو أقل النوع (اسم) <input type="checkbox"/> حليب الصويا <input type="checkbox"/> اللبن الخالي من اللاكتوز <input type="checkbox"/> حليب البقر <input type="checkbox"/> لا شيء <input type="checkbox"/> نوع آخر من الحليب <input type="checkbox"/>	
7.	في اليوم العادي، كم مرة يشرب طفلك العصير، مشروبات الفاكهة/المشروبات الرياضية، المشروبات الغازية / الصودا / أو الماء مع الكولا أو بالسكر المضاف؟ في اليوم العادي، كم عدد المرات التي يشرب فيها طفلك المشروب الغازي / الصودا المخفف / أو القهوة / الشاي؟ في اليوم العادي، كم مرة يشرب طفلك الماء العادي؟ لا يشرب <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 مرات أو أكثر <input type="checkbox"/> لا يشرب <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 مرات أو أكثر <input type="checkbox"/> لا يشرب <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 مرات أو أكثر <input type="checkbox"/>	
8.	ما هو مصدر المياه الرئيسي لطفلك؟ (اختر كل ما ينطبق): <input type="checkbox"/> نظام المياه في المدينة / المقاطعة <input type="checkbox"/> نظام المياه في المناطق الريفية <input type="checkbox"/> بئر خاص <input type="checkbox"/> مياه معبأة	
9.	هل يتناول طفلك أي من المشروبات غير الماء من زجاجة الطفل أو كوب الاحتساء؟ متى يتناول طفلك المشروبات غير الماء من زجاجة الطفل/كوب الاحتساء؟ (اختر كل ما ينطبق) على السرير في الليل <input type="checkbox"/> عند وقت النوم <input type="checkbox"/> عند تناول وجبات الطعام أو الوجبات الخفيفة <input type="checkbox"/> يحمل زجاجة الطفل/كوب الاحتساء معه طوال اليوم <input type="checkbox"/>	
10.	هل يتناول طفلك أي من الفيتامينات أو المعادن أو الأعشاب أو المكملات العشبية؟ إذا كان الجواب بنعم، فاختر كل ما ينطبق. <input type="checkbox"/> فيتامينات الأطفال <input type="checkbox"/> مكملات الحديد <input type="checkbox"/> مكملات الفلورايد <input type="checkbox"/> المكملات العشبية <input type="checkbox"/> فيتامين <input type="checkbox"/> أخرى: لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	
11.	في اليوم العادي، كم عدد الساعات التي يقضيها طفلك أمام الشاشة؟ (التلفزيون، الكمبيوتر، ألعاب الفيديو، والهاتف الخليوي) في اليوم العادي، كم دقيقة يقضيها طفلك في ممارسة اللعب / النشاط؟ (حيث يتنفس بشكل أكثر صعوبة أو يعرق) لا شيء <input type="checkbox"/> أقل من 1 ساعة <input type="checkbox"/> 1 ساعة <input type="checkbox"/> 2 ساعات <input type="checkbox"/> 3 ساعات <input type="checkbox"/> 4 ساعات <input type="checkbox"/> 5 ساعات أو أكثر <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أقل من 15 دقيقة <input type="checkbox"/> 15 دقيقة <input type="checkbox"/> 30 دقيقة <input type="checkbox"/> 45 دقيقة <input type="checkbox"/> 60 دقيقة (1 ساعة) <input type="checkbox"/> 90 دقيقة (1/2 ساعة) أو أكثر <input type="checkbox"/> لا يمكن التحديد <input type="checkbox"/>	
12.	هل زار طفلك طبيب الأسنان خلال الأشهر الـ 12 الماضية؟ هل يعاني طفلك من تسوس الأسنان (بما في ذلك تسوس الأسنان من زجاجات الأطفال)، أو من أسنان مكسورة، أو من نزيف في اللثة، أو من أسنان مفقودة أو أسنان معوجة في غير موضعها الطبيعي أو كل مما سبق والتي تجعل من الصعب القيام بالضمغ؟ هل يحافظ طفلك على تنظيف أسنانه بالفرشاة ومعجون الأسنان الذي يحتوي على الفلورايد؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/>	

ستقوم الجهة المهنية المختصة/مسئول التغذية بمناقشة عادات وأنشطة تناول الطعام الخاصة بك وسوف يطرح المزيد من الأسئلة.