



**WIC NUTRITIVNA PROCJENA ZA DJECU U DOBI OD 1-5 GODINA**

IME DJETETA:	STAROSNA DOB: ✓ RASPON MJESECI <input type="checkbox"/> 12-23 <input type="checkbox"/> 24-59	DATUM POPUNJAVANJA:
1. Da li je vaše dijete na nekoj posebnoj dijeti?..... <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <b>[341-362] [425.6]</b> Ako da, odaberite: <input type="checkbox"/> Vegetarijanska <input type="checkbox"/> Veganska <input type="checkbox"/> Unos malo kalorija/gubitak težine <input type="checkbox"/> Makrobiotička <input type="checkbox"/> Alergija na hranu <input type="checkbox"/> Enteralna prehrana <input type="checkbox"/> Ostalo: _____ Ako da, postoji li neki medicinski uslov povezan s tom dijetom? ..... <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		
2. Šta od dole nabrojane hrane vaše dijete jede? (odaberite sve što odgovara): <b>[425.5]</b> <input type="checkbox"/> svježe cijeđeni sok od voća ili povrća <input type="checkbox"/> nekuhano meso za ručak, delikatesno meso, hot dogovi <input type="checkbox"/> sirovo i nedovoljno kuhano meso, riba, pileтина, puretina ili jaja <input type="checkbox"/> nepasterizirani (svježi) mliječni proizvodi <input type="checkbox"/> mekani sirevi kao što su Feta, Brie, Camembert, <input type="checkbox"/> sirovi izdanici povrća (lucerka, djetelina, grah, rotkva) sir s plijesni, Queso blanco, Queso fresco <input type="checkbox"/> ništa od navedenog		
3. Da li vaše dijete rutinski jede stvari koje nisu prehrambeni proizvodi? ..... <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <b>[425.9]</b> Ako da, odaberite ono što odgovara. <input type="checkbox"/> Pepeo <input type="checkbox"/> Glinu <input type="checkbox"/> Komadiće boje <input type="checkbox"/> Vlaka od tepiha <input type="checkbox"/> Prašinu <input type="checkbox"/> Papir <input type="checkbox"/> Škrob (od rublja ili kukuruzni škrob) <input type="checkbox"/> Cigarete ili opuške <input type="checkbox"/> Spužvastu gumu <input type="checkbox"/> Zemlju <input type="checkbox"/> Ostalo: _____		
4. Tokom jednog tipičnog dana, koliko puta vaše dijete jede voće?..... <input type="checkbox"/> 5 ili više <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Nijednom		
5. Tokom jednog tipičnog dana, koliko puta vaše dijete jede povrće? ..... <input type="checkbox"/> 5 ili više <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Nijednom		
6. Koju vrstu mlijeka pije vaše dijete? (odaberite sve što odgovara) <b>[425.1] [425.8]</b> <input type="checkbox"/> Majčino mlijeko <input type="checkbox"/> Formula (naziv) _____ <input type="checkbox"/> Mlijeko (kravlje) <input type="checkbox"/> Kozje mlijeko <input type="checkbox"/> Rižino mlijeko ili bademovo mlijeko <input type="checkbox"/> Sojino mlijeko <input type="checkbox"/> Mlijeko bez laktoze <input type="checkbox"/> Nijedno <input type="checkbox"/> Ostalo: _____ Koju vrstu mlijeka vaše dijete pije? <input type="checkbox"/> Nemasno (obrano) <input type="checkbox"/> S niskom masnoćom (1%) <input type="checkbox"/> Smanjene masnoće (2%) <input type="checkbox"/> Punomasno <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo Tokom jednog tipičnog dana, koliko puta vaše dijete pije mlijeko? <input type="checkbox"/> 4 šalice ili više/mnogoputa dnevno <input type="checkbox"/> 3 šalice/tri puta dnevno <input type="checkbox"/> 2 šalice/dva puta dnevno <input type="checkbox"/> 1 šalicu ili manje/jednom dnevno ili manje		
7. Tokom jednog tipičnog dana, koliko puta vaše dijete pije sok, voćne/sportske napitke, <b>[425.2] [425.3]</b> obična pjenušava pića/soda i/ili vodu sa dodatkom Kool-Aid ili šećera? ..... <input type="checkbox"/> 4 ili više <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Nijednom Tokom jednog tipičnog dana, koliko puta vaše dijete pije dijetalna pjenušava pića/sodu i/ili kafu/čaj? ..... <input type="checkbox"/> 4 ili više <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Nijednom Tokom jednog tipičnog dana, koliko puta vaše dijete pije običnu vodu? ..... <input type="checkbox"/> 4 ili više <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Nijednom		
8. Koji izvor za pitku vodu koristi vaše dijete? (odaberite sve što odgovara): <b>[425.8]</b> <input type="checkbox"/> Gradski/regionalni sistem vodosnabdijevanja <input type="checkbox"/> Ruralni sistem vodosnabd. <input type="checkbox"/> Privatno vrelo <input type="checkbox"/> Flaširana voda		
9. Da li vaše dijete pije bilo kakve napitke, osim vode, iz flašice za bebe ili posebne šolje za djecu (sippy cup)? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <b>[425.3]</b> Kada vaše dijete pije napitke, osim vode, iz flašice/posebne šolje za djecu? (označite sve što odgovara): <input type="checkbox"/> Noću u krevetu <input type="checkbox"/> U vrijeme drijemeža <input type="checkbox"/> Za vrijeme jela i užine <input type="checkbox"/> Nosi sa sobom flašicu ili posebnu šolju za djecu tokom dana		
10. Da li vaše dijete uzima ikakve vitamine, minerale, bilje ili biljne dodatke? ..... <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <b>[425.7] [425.8]</b> Ako da, odaberite sve što odgovara: <input type="checkbox"/> Dječije multivitamine <input type="checkbox"/> Dodatke željeza <input type="checkbox"/> Dodatke fluorida <input type="checkbox"/> Biljne dodatke <input type="checkbox"/> Vitamin D <input type="checkbox"/> Ostalo: _____		
11. Tokom jednog tipičnog dana, koliko sati vaše dijete provodi ispred ekrana? (TV, kompjuter, video igre, mobilni telefon) <input type="checkbox"/> Nikako <input type="checkbox"/> manje od 1 sat <input type="checkbox"/> 1 sat <input type="checkbox"/> 2 sata <input type="checkbox"/> 3 sata <input type="checkbox"/> 4 sata <input type="checkbox"/> 5 ili više sati <input type="checkbox"/> Ne znam Tokom jednog tipičnog dana, koliko minuta vaše dijete provodi u aktivnoj igri/vježbi (kada diše ubrzano ili se znoji)? <input type="checkbox"/> Manje od 15 minuta <input type="checkbox"/> 15 minuta <input type="checkbox"/> 30 minuta <input type="checkbox"/> 45 minuta <input type="checkbox"/> 60 minuta (1 sat) <input type="checkbox"/> 90 minuta (1½ sat) ili više <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo		
12. Da li je vaše dijete posjetilo zubara u zadnjih 12 mjeseci? ..... <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <b>[425.8]</b> Da li vaše dijete ima karijes (uključujući i propadanje zuba od flašice za bebe), slomljene zube, krvarenje desni, da li mu nedostaju zubi, i/ili ima pogrešno raspoređene zube što mu otežava žvakanje? ..... <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Da li vaše dijete četka svoje zube pastom za zube koja sadrži fluorid? ..... <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne znam		

**Vaš CPA/nutricionist će razgovarati o navikama vašeg djeteta po pitanju jela i aktivnosti i postaviti će dodatna pitanja.**