



سازمان بهداشت و خدمات سالمندان میسوری
خدمات زنان، نوزادان، کودکان و تغذیه
ارزیابی تغذیه WIC جهت کودکان 1-5 سال

نام کودک:	سن: <input type="checkbox"/> 12-23 <input type="checkbox"/> 24-59	تاریخ تکمیل:
<p>1. آیا فرزندتان رژیم خاصی را رعایت می‌کند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> [341-362] [425.6]</p> <p>اگر بله، انتخاب کنید: <input type="checkbox"/> گیاهخوار <input type="checkbox"/> گیاهخوار محض <input type="checkbox"/> کم‌کالری/کاهش وزن <input type="checkbox"/> سایر: _____</p> <p>اگر بله، آیا مشکل پزشکی خاصی در خصوص رژیم غذایی وجود دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>		
<p>2. کودک شما کدام یک از غذاهای زیر را می‌خورد؟ (تمام موارد مربوطه را انتخاب کنید): [425.5]</p> <p><input type="checkbox"/> عصاره میوه تازه یا آب سبزیجات کنسرو <input type="checkbox"/> گوشت نپخته، گوشت آماده، هات داگ</p> <p><input type="checkbox"/> گوشت خام یا نپخته، ماهی، مرغ، بوقلمون یا تخم مرغ <input type="checkbox"/> محصولات لبنی غیرپاستوریزه (تازه و از مزرعه)</p> <p><input type="checkbox"/> پنیر نرم مثل پنیر فتا، پنیر بری، پنیر کاممبر، <input type="checkbox"/> جوانه خام (بونجه، شیدر، حبوبات، تربچه)</p> <p><input type="checkbox"/> پنیر زنگاری، پنیر سفید اسپانیایی، پنیر مکزیکی <input type="checkbox"/> هیچ کدام از موارد فوق</p>		
<p>3. آیا فرزندتان دائم اقلام غیرخوراکی را می‌خورد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> [425.9]</p> <p>اگر بله، تمام موارد مرتبط را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> خاکستر <input type="checkbox"/> گل <input type="checkbox"/> خرده‌های رنگ <input type="checkbox"/> الباف فرش <input type="checkbox"/> گرد و غبار <input type="checkbox"/> کاغذ <input type="checkbox"/> سیگار یا ته سیگار <input type="checkbox"/> اسفنج لاستیکی <input type="checkbox"/> سایر: _____</p>		
<p>4. کودک شما در یک روز معمولی چند بار میوه می‌خورد؟ 5 یا بیشتر <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> هیچ <input type="checkbox"/></p>		
<p>5. کودک شما در یک روز معمولی چند بار سبزیجات می‌خورد؟ 5 یا بیشتر <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> هیچ <input type="checkbox"/></p>		
<p>6. فرزندتان چه نوع شیری می‌نوشد؟ (تمام موارد مربوطه را انتخاب کنید): [425.1] [425.8]</p> <p><input type="checkbox"/> شیر مادر <input type="checkbox"/> شیر خشک (نام) _____ <input type="checkbox"/> شیر گاو <input type="checkbox"/> شیر بز</p> <p><input type="checkbox"/> شیر برنج یا شیر بادام <input type="checkbox"/> شیر سویا <input type="checkbox"/> شیر بدون لاکتوز <input type="checkbox"/> هیچ کدام <input type="checkbox"/> سایر: _____</p> <p>فرزندتان چه نوع شیری می‌نوشد؟ <input type="checkbox"/> بدون چربی (خامه گرفته) <input type="checkbox"/> با چربی اندک (1%) <input type="checkbox"/> کم چرب (2%) <input type="checkbox"/> کامل نامرتب</p> <p>کودک شما در یک روز معمولی چند بار شیر می‌نوشد؟</p> <p><input type="checkbox"/> 4 فنجان یا بیشتر/به دفعات زیاد در روز <input type="checkbox"/> 3 فنجان/سه بار در روز <input type="checkbox"/> 2 فنجان/دو بار در روز <input type="checkbox"/> 1 فنجان یا کمتر/یک بار در روز یا کمتر</p>		
<p>7. کودک شما در یک روز معمولی چند بار آب میوه، نوشیدنی میوه/ورزشی، نوشابه معمولی/آب گازدار، جای شیرین و یا آب طعمدار یا شکرदार می‌نوشد؟ 4 بار یا بیشتر <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> هیچ <input type="checkbox"/> [425.2] [425.3]</p> <p>کودک شما در یک روز معمولی چند بار نوشابه رژیمی/آب گازدار و یا قهوه/جای می‌نوشد؟ 4 بار یا بیشتر <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> هیچ <input type="checkbox"/></p> <p>کودک شما در یک روز معمولی چند بار آب معمولی می‌نوشد؟ 4 بار یا بیشتر <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> هیچ <input type="checkbox"/></p>		
<p>8. آب کودک شما از چه منبعی تأمین می‌شود؟ (تمام موارد مربوطه را انتخاب کنید): [425.8]</p> <p><input type="checkbox"/> سیستم آبرسانی شهری/بخش <input type="checkbox"/> سیستم آبرسانی روستایی <input type="checkbox"/> چاه خصوصی <input type="checkbox"/> آب بسته‌بندی شده</p>		
<p>9. آیا کودک شما هرگونه نوشیدنی بجز آب را از شیشه کودک یا لیوان نی‌دار می‌نوشد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> [425.3]</p> <p>چه زمانی کودک شما هرگونه نوشیدنی بجز آب را از شیشه کودک یا لیوان نی‌دار می‌نوشد؟ (تمام موارد مربوطه را انتخاب کنید):</p> <p><input type="checkbox"/> شب در تخت‌خواب <input type="checkbox"/> در زمان چرت زدن <input type="checkbox"/> در هنگام خوردن غذا یا تفرقات <input type="checkbox"/> شیشه یا لیوان نی‌دار را در طول روز با خود جابجا می‌کند</p>		
<p>10. آیا کودکتان ویتامین، مواد معدنی، گیاهان دارویی و مکمل‌های گیاهی مصرف می‌کند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> [425.7] [425.8]</p> <p>اگر بله، تمام موارد مرتبط را انتخاب کنید: <input type="checkbox"/> مولتی‌ویتامین کودکان <input type="checkbox"/> مکمل آهن <input type="checkbox"/> مکمل فلوراید <input type="checkbox"/> مکمل گیاهی <input type="checkbox"/> ویتامین D <input type="checkbox"/> سایر: _____</p>		
<p>11. کودک شما در یک روز معمولی، چند ساعت مقابل صفحه نمایش قرار می‌گیرد؟ (تلویزیون، کامپیوتر، بازی‌های ویدئویی، تلفن همراه) <input type="checkbox"/> کمتر از 1 ساعت <input type="checkbox"/> 1 ساعت <input type="checkbox"/> 2 ساعت <input type="checkbox"/> 3 ساعت <input type="checkbox"/> 4 ساعت <input type="checkbox"/> 5 ساعت یا بیشتر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/></p> <p>کودک شما در یک روز معمولی، چند دقیقه به بازی فعال / ورزش می‌پردازد؟ (تنفس شدید یا تعریق) <input type="checkbox"/> کمتر از 15 دقیقه <input type="checkbox"/> 15 دقیقه <input type="checkbox"/> 30 دقیقه <input type="checkbox"/> 45 دقیقه <input type="checkbox"/> 60 دقیقه (1 ساعت) <input type="checkbox"/> 90 دقیقه (یک و نیم ساعت) یا بیشتر <input type="checkbox"/> کاربرد ندارد <input type="checkbox"/></p>		
<p>12. آیا کودک شما در 12 ماه گذشته به دندانپزشک مراجعه کرده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> [425.8]</p> <p>آیا کودک شما به پوسیدگی دندان (از جمله پوسیدگی دندان در اثر نوشیدن از بطری)، شکستگی دندان، خونریزی لثه، افتادن دندان و یا موقعیت نامناسب دندان که جویدن را مشکل می‌کند دچار شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا کودک شما دندان‌های خود را با خمیر دندان حاوی فلوراید مسواک می‌زند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی‌دانم <input type="checkbox"/></p>		

شخص مسنول متخصص/مسنول تغذیه در مورد عادات غذایی و حرکتی کودکتان با شما گفتگو خواهد کرد و سوالات بیشتری می‌پرسد.