



## ÉVALUATION NUTRITIONNELLE WIC POUR LES ENFANTS ÂGÉS DE 1 A 5 ANS

NOM DE L'ENFANT :	ÂGE : <input checked="" type="checkbox"/> FOURCHETTE DE MOIS <input type="checkbox"/> 12-23 <input type="checkbox"/> 24-59	REPLI LE :
<b>1. Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécial ?</b> ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>[341- 362] [425.6]</b> Si oui, cochez la case correspondante : <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Végétalien <input type="checkbox"/> Faible teneur en calorie/Perte de poids <input type="checkbox"/> Macrobiotique <input type="checkbox"/> Allergie alimentaire <input type="checkbox"/> Alimentation par tube Autre : _____ Si oui, y-a-t-il un problème de santé lié à cette alimentation ?..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>2. Lequel des aliments suivants votre enfant mange t-il ? (Sélectionnez tout ce qui s'applique) :</b> <b>[425.5]</b> <input type="checkbox"/> Jus de fruits ou de légumes fraîchement pressés <input type="checkbox"/> Pâtés de viande, charcuteries, hot-dogs <input type="checkbox"/> Viandes crues ou insuffisamment cuites, poissons, poulet, dinde ou œufs <input type="checkbox"/> Produits laitiers non pasteurisés (frais de la ferme) <input type="checkbox"/> Fromages à pâtes molles tels que le Féta, le Brie, le Camembert, <input type="checkbox"/> Germes de légumes crus (luzerne, trèfle, haricots, radis) Fromage à pâte persillée, Queso Blanco, Queso Fresco <input type="checkbox"/> Aucun de ce qui précède		
<b>3. Votre enfant mange t-il des choses qui ne sont pas de la nourriture ?</b> ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>[425.9]</b> Si oui, cochez tout ce qui s'applique : <input type="checkbox"/> Cendres <input type="checkbox"/> Argile <input type="checkbox"/> Éclats de peinture <input type="checkbox"/> Fibres de moquette <input type="checkbox"/> Poussière <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> Amidon (lessive ou féculé de maïs) <input type="checkbox"/> Cigarettes ou mégots de cigarette <input type="checkbox"/> Caoutchouc mousse <input type="checkbox"/> Terre <input type="checkbox"/> Autre : _____		
<b>4. Lors d'une journée normale, combien de fois votre enfant mange t-il de fruits ?</b> <input type="checkbox"/> 5 fois ou plus <input type="checkbox"/> 4 fois <input type="checkbox"/> 3 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> Jamais		
<b>5. Lors d'une journée normale, combien de fois votre enfant mange t-il des légumes ?</b> <input type="checkbox"/> 5 fois ou plus <input type="checkbox"/> 4 fois <input type="checkbox"/> 3 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> Jamais		
<b>6. Quel type de lait votre enfant boit-il ? (Sélectionnez tout ce qui s'applique) :</b> <b>[425.1] [425.8]</b> <input type="checkbox"/> Lait maternel <input type="checkbox"/> Préparation (nom) _____ <input type="checkbox"/> Lait (Vache) <input type="checkbox"/> Lait de chèvre <input type="checkbox"/> Boisson au lait de riz ou au lait d'amande <input type="checkbox"/> Lait de soja <input type="checkbox"/> Lait sans lactose <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Autre : _____ Quelle sorte de lait votre enfant boit-il ? <input type="checkbox"/> Sans matières grasses (lait écrémé) <input type="checkbox"/> Allégé en matière grasse (1%) <input type="checkbox"/> Teneur réduite en matière grasse (2%) <input type="checkbox"/> Entier <input type="checkbox"/> Non applicable Lors d'une journée normale, combien de fois votre enfant boit-il du lait ? <input type="checkbox"/> Plus de 4 tasses plusieurs fois par jour <input type="checkbox"/> 3 tasses trois fois par jour <input type="checkbox"/> 2 tasses deux fois par jour <input type="checkbox"/> 1 tasse ou moins une fois par jour ou moins		
<b>7. Lors d'une journée normale, combien de fois votre enfant boit-il du jus, des boissons aromatisés aux fruits ou des boissons énergétiques, des boissons gazeuses courantes, du thé sucré et/ou de l'eau avec du Kool-Aid ou du sucre ?</b> <b>[425.2] [425.3]</b> <input type="checkbox"/> 4 fois ou plus <input type="checkbox"/> 3 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> Jamais Lors d'une journée normale, combien de fois votre enfant boit-il des boissons gazeuses diètes et/ou du café/thé ? <input type="checkbox"/> 4 fois ou plus <input type="checkbox"/> 3 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> Jamais Lors d'une journée normale, combien de fois votre enfant boit-il de l'eau claire ? <input type="checkbox"/> 4 fois ou plus <input type="checkbox"/> 3 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> Jamais		
<b>8. Quelle est la source d'eau de votre enfant ? (Sélectionnez tout ce qui s'applique) :</b> <b>[425.8]</b> <input type="checkbox"/> Réseau de distribution d'eau de la ville/comté <input type="checkbox"/> Réseau d'eau rural <input type="checkbox"/> Puits privé <input type="checkbox"/> Eau potable en bouteille		
<b>9. Votre enfant boit-il des boissons, autre que de l'eau, dans un biberon ou un gobelet ?</b> ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>[425.3]</b> A quel moment votre enfant boit-il des boissons, autre que de l'eau, dans un biberon ou un gobelet ? (Sélectionnez tout ce qui s'applique) : <input type="checkbox"/> Dans son lit la nuit <input type="checkbox"/> A l'heure de la sieste <input type="checkbox"/> Aux repas et aux goûters <input type="checkbox"/> Emporte avec lui un biberon ou un gobelet durant la journée		
<b>10. Votre enfant prend t-il des vitamines, des minéraux, des herbes ou des suppléments à base de plantes ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>[425.7] [425.8]</b> Si oui, cochez tout ce qui s'applique : <input type="checkbox"/> Multivitamines pour enfants <input type="checkbox"/> Supplément de fer <input type="checkbox"/> Supplément de fluor <input type="checkbox"/> Supplément à base de plantes <input type="checkbox"/> Vitamine D <input type="checkbox"/> Autre : _____		
<b>11. Dans une journée ordinaire, combien d'heures votre enfant passe t-il devant un écran ? (Télé, ordinateur, jeux vidéo, téléphone portable)</b> <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> moins d'1 heure <input type="checkbox"/> 1 heure <input type="checkbox"/> 2 heures <input type="checkbox"/> 3 heures <input type="checkbox"/> 4 heures <input type="checkbox"/> 5 heures ou plus <input type="checkbox"/> Ne sais pas. Dans une journée ordinaire, combien de minutes votre enfant passe t-il dans des jeux/exercices dynamiques ? (respiration accélérée ou transpiration) <input type="checkbox"/> Moins de 15 minutes <input type="checkbox"/> 15 minutes <input type="checkbox"/> 30 minutes <input type="checkbox"/> 45 minutes <input type="checkbox"/> 60 minutes (1 heure) <input type="checkbox"/> 90 minutes (1 heure et demi) ou davantage) <input type="checkbox"/> Non applicable		
<b>12. Votre enfant est-il allé chez le dentiste au cours de ces 12 derniers mois ?</b> ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>[425.8]</b> Votre enfant a-t-il des caries dentaires (notamment des caries de biberon), des dents cassées, des saignements des gencives, des dents manquantes et/ou des dents mal placées qui rendent difficile la mastication ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Votre enfant se brosse t-il les dents avec un dentifrice au fluor ?..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		

**Votre CPA/Nutritionniste discutera avec vous des habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique de votre enfant et vous posera d'autres questions.**