



MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES

1-5 वर्ष की आयु के बच्चों के लिए WIC पोषण मूल्यांकन

बच्चे का नाम:	आयु: <input checked="" type="checkbox"/> महीने संबंधी सीमा <input type="checkbox"/> 12-23 <input type="checkbox"/> 24-59	पूर्ण होने की तिथि:
<p>1. क्या आपका बच्चा विशेष आहार ले रहा है?..... <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं [341- 362] [425.6]</p> <p>यदि हां, चुनें: <input type="checkbox"/> शाकाहारी <input type="checkbox"/> शुद्ध शाकाहा.(वीगन) <input type="checkbox"/> कम कैलोरी/वजन कम करने वाला <input type="checkbox"/> मेक्रोबायोटिक <input type="checkbox"/> फूड एलर्जी <input type="checkbox"/> ट्यूब से आहार <input type="checkbox"/> अन्य: _____</p> <p>यदि हां, क्या इस आहार से कोई चिकित्सकीय समस्या जुड़ी हुई है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं</p>		
<p>2. आपका बच्चा निम्नलिखित में से कौन-सा खाना खाता है? (सभी लागू विकल्प चुनें): [425.5]</p> <p><input type="checkbox"/> ताजे निचोड़े फल या सब्जी का जूस <input type="checkbox"/> कच्चा पैकेटबंद मीट, डेली मीट, हॉट डॉग <input type="checkbox"/> कच्चा या कम पका मांस, मछली, टर्की या अंडे <input type="checkbox"/> पाश्चरीकरण मुक्त (डेयरी के ताजे) दुग्ध उत्पाद <input type="checkbox"/> नरम चीज़ जैसे फेट, ब्री, केमेमबेर्ट <input type="checkbox"/> कच्चे अंकुरित खाद्य (एल्फेल्फ, क्लोवर, बीन, रेडिश) ब्ल्यू-वीड चीज़, केसो ब्लैंको, केसो फ्रेस्को <input type="checkbox"/> उपरोक्त में से कोई नहीं</p>		
<p>3. क्या आपका बच्चा न खाने योग्य चीज़ों को नियमित रूप से खाता है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं [425.9]</p> <p>यदि हां, सभी लागू विकल्प चुनें:</p> <p><input type="checkbox"/> राख <input type="checkbox"/> चिकनी मिट्टी <input type="checkbox"/> पेंट के टुकड़े <input type="checkbox"/> कालीन के रेशे <input type="checkbox"/> धूल <input type="checkbox"/> कागज <input type="checkbox"/> स्टार्च (लॉन्ड्री या कॉनस्टार्च) <input type="checkbox"/> सिगरेट या सिगरेट के बचे हुए हिस्से <input type="checkbox"/> फोम रबड़ <input type="checkbox"/> जमीनी मिट्टी <input type="checkbox"/> अन्य: _____</p>		
<p>4. किसी साधारण दिन में, आपका बच्चा कितनी बार फल खाता है?..... <input type="checkbox"/> 5 या अधिक <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> कोई नहीं</p>		
<p>5. किसी साधारण दिन में, आपका बच्चा कितनी बार सब्जी खाता है?..... <input type="checkbox"/> 5 या अधिक <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> कोई नहीं</p>		
<p>6. आपका बच्चा किस तरह का दूध पीता है? (सभी लागू विकल्प चुनें): [425.1] [425.8]</p> <p><input type="checkbox"/> मां का दूध <input type="checkbox"/> कृत्रिम दूध (नाम) _____ <input type="checkbox"/> दूध (गाय) <input type="checkbox"/> बकरी का दूध <input type="checkbox"/> चावल या बादाम का दूध <input type="checkbox"/> सोया मिल्क <input type="checkbox"/> लेक्टोज फ्री मिल्क <input type="checkbox"/> कोई नहीं <input type="checkbox"/> अन्य: _____</p> <p>आपका बच्चा किस तरह का दूध पीता है? <input type="checkbox"/> फैट-फ्री (स्किम) <input type="checkbox"/> निम्न फैट (1%) <input type="checkbox"/> कम फैट (2%) <input type="checkbox"/> शुद्ध दूध(होल मिल्क) <input type="checkbox"/> लागू नहीं</p> <p>किसी साधारण दिन में, आपका बच्चा कितनी बार दूध पीता है?</p> <p><input type="checkbox"/> 4 कप या अधिक/कई बार/दिन <input type="checkbox"/> 3 कप/तीन बार/दिन <input type="checkbox"/> 2 कप/दो बार/दिन <input type="checkbox"/> 1 कप या कम/एक बार/दिन या इससे कम</p>		
<p>7. किसी साधारण दिन में, आपका बच्चा कितनी बार जूस, फ्रूट/स्पोर्ट्स ड्रिंक, सामान्य पॉप/सोडा, [425.2] [425.3]</p> <p>मीठी चाय और/या कूल-एड या चीनी के साथ पानी पीता है? <input type="checkbox"/> 4 या अधिक <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> कोई नहीं</p> <p>किसी साधारण दिन में, आपका बच्चा कितनी बार डाइट पॉप/सोड और/या कॉफी/चाय पीता है? <input type="checkbox"/> 4 या अधिक <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> कोई नहीं</p> <p>किसी साधारण दिन में, आपका बच्चा कितनी बार सामान्य पानी पीता है?..... <input type="checkbox"/> 4 या अधिक <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> कोई नहीं</p>		
<p>8. आपके बच्चे द्वारा पिये जाने वाले पानी का स्रोत क्या है? (सभी लागू विकल्प चुनें): [425.8]</p> <p><input type="checkbox"/> शहर/काउंटी की जल-व्यवस्था <input type="checkbox"/> ग्रामीण जल-व्यवस्था <input type="checkbox"/> निजी कुआं <input type="checkbox"/> बोतलबंद पानी</p>		
<p>9. क्या आपका बच्चा बेबी बोटल या मुंह लगाकर पीने वाले कप (सिपी कप) में पानी के अलावा कोई अन्य पेय-पदार्थ पीता है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं [425.3]</p> <p>आपका बच्चा बेबी बोटल या सिपी कप में पानी के अलावा कोई अन्य पेय-पदार्थ किस समय पीता है? (सभी लागू विकल्प चुनें):</p> <p><input type="checkbox"/> रात के समय बिस्तर पर <input type="checkbox"/> दिन में सोते समय <input type="checkbox"/> भोजन व हल्के नाश्ते पर <input type="checkbox"/> पूरे दिन बोतल/सिपी कप साथ रखता है</p>		
<p>10. क्या आपका बच्चा कोई विटामिन, खनिज तत्व, औषधीय संपूरक लेता है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं [425.7] [425.8]</p> <p>यदि हां, सभी लागू विकल्प चुनें: <input type="checkbox"/> बच्चों का मल्टीविटामिन <input type="checkbox"/> आयरन संपूरक <input type="checkbox"/> फ्लुओराइड संपूरक <input type="checkbox"/> औषधीय संपूरक <input type="checkbox"/> विटामिन डी <input type="checkbox"/> अन्य: _____</p>		
<p>11. किसी साधारण दिन में, स्क्रीन के सामने आपके बच्चे के कितने घंटे बीतते हैं? (टीवी, कंप्यूटर, वीडियो गेम, मोबाइल फोन) [425.7] [425.8]</p> <p><input type="checkbox"/> कोई नहीं <input type="checkbox"/> 1 घंटे से कम <input type="checkbox"/> 1 घंटा <input type="checkbox"/> 2 घंटा <input type="checkbox"/> 3 घंटा <input type="checkbox"/> 4 घंटा <input type="checkbox"/> 5 या अधिक घंटे <input type="checkbox"/> मालूम नहीं</p> <p>किसी साधारण दिन में, आपका बच्चा सक्रिय रूप से खेलने/व्यायाम करने में कितने मिनट बिताता है? (तेज सांस लेते हुए या पसीने आते हुए)</p> <p><input type="checkbox"/> 15 मिनट से कम <input type="checkbox"/> 15 मिनट <input type="checkbox"/> 30 मिनट <input type="checkbox"/> 45 मिनट <input type="checkbox"/> 60 मिनट (1 घंटा) <input type="checkbox"/> 90 मिनट (1½ घंटे) या अधिक <input type="checkbox"/> लागू नहीं</p>		
<p>12. क्या आपका बच्चा पिछले 12 महीनों में दंतचिकित्सक के पास गया है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं [425.8]</p> <p>क्या आपके बच्चे को दांतों की कमजोरी (बेबी बोटल कमजोर दांत सहित), दांत टूटने, मसूढ़ों से खून आने, दांत न होने और/या गलत जगह पर दांत आने की समस्या है जिससे चबाने में दिक्कत होती है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p>क्या आपका बच्चा अपने दांतों पर ऐसे टूथपेस्ट से ब्रश करता है जिसमें फ्लुओराइड है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> मालूम नहीं</p>		

आपका CPA/पोषक विशेषज्ञ आपके बच्चे की खाने-पीने व गतिविधि संबंधी आदतों पर चर्चा करेगा और अधिक प्रश्न पूछेगा।