



**ОЦІНКА ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ВІКОМ 1-5 РОКІВ WIC**

ІМ'Я ДИТИНИ:		ВІК: <input checked="" type="checkbox"/> В МІСЯЦЯХ <input type="checkbox"/> 12-23 <input type="checkbox"/> 24-59	ДАТА ЗАПОВНЕННЯ:
1. Чи дотримується Ваша дитина спеціальної дієти? ..... <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні [341-357] [425.6] Якщо так, виберіть відповідний варіант: <input type="checkbox"/> Вегетаріанська дієта <input type="checkbox"/> Сувора вегетаріанська дієта <input type="checkbox"/> Низькокалорійна дієта/дієта для втрати ваги <input type="checkbox"/> Харчова алергія або непереносимість <input type="checkbox"/> Макробіотична дієта <input type="checkbox"/> Зондове харчування <input type="checkbox"/> Інше: _____ Якщо так, чи зумовлене дотримання цієї дієти станом здоров'я? ..... <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
2. Які з вказаних нижче продуктів споживає Ваша дитина? (виберіть всі, що підходять) [425.5] <input type="checkbox"/> свіжовичавлені фруктові та овочеві соки <input type="checkbox"/> неприготовані м'ясні закуски, холодні м'ясні вироби, копчені ковбаски <input type="checkbox"/> сире або недоварене м'ясо, риба, курятина, індичатина чи яйця <input type="checkbox"/> непастеризовані (свіжі) молочні продукти <input type="checkbox"/> м'які сири, такі як Фета, Брі, Камамбер, <input type="checkbox"/> свіжі паростки зелені (люцерна, конюшина, квасоля, редис) голубий сир, сир Queso blanco, сир Queso fresco <input type="checkbox"/> жоден з вказаного			
3. Чи споживає Ваша дитина зазвичай нехарчові продукти? ..... <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні [425.9] Якщо так, виберіть всі, що підходять. <input type="checkbox"/> Попіл <input type="checkbox"/> Глина <input type="checkbox"/> Шматочки фарб <input type="checkbox"/> Крохмаль (для прання або кукурудзяний крохмаль) <input type="checkbox"/> Волокна з килиму <input type="checkbox"/> Пілюка <input type="checkbox"/> Папір <input type="checkbox"/> Інше: _____ <input type="checkbox"/> Цигарки чи недопалки <input type="checkbox"/> Поролон <input type="checkbox"/> Грунт			
4. Скільки разів упродовж дня Ваша дитина зазвичай споживає фрукти? ..... <input type="checkbox"/> 5 і більше <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Жодного			
5. Скільки разів упродовж дня Ваша дитина зазвичай споживає овочі? ..... <input type="checkbox"/> 5 і більше <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Жодного			
6. Молоко якого типу п'є Ваша дитина? (виберіть всі, що підходять) [425.1] [425.8] <input type="checkbox"/> Грудне молоко <input type="checkbox"/> Дитяча суміш (назва) _____ <input type="checkbox"/> Молоко (коров'яче) _____ <input type="checkbox"/> Козяче молоко <input type="checkbox"/> Рисове або мигдальне молоко <input type="checkbox"/> Соєве молоко <input type="checkbox"/> Безлактозне молоко <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> Жодного _____ Молоко якого виду п'є Ваша дитина? <input type="checkbox"/> Знежирене молоко (збиране) <input type="checkbox"/> Нежирне молоко (1%) <input type="checkbox"/> З пониженим вмістом жиру (2%) <input type="checkbox"/> Цільне молоко <input type="checkbox"/> Жодного Скільки разів упродовж дня Ваша дитина зазвичай п'є молоко? <input type="checkbox"/> 4 склянки і більше (багато разів на день) <input type="checkbox"/> 2 склянки (двічі на день) <input type="checkbox"/> 3 склянки (тричі на день) <input type="checkbox"/> 1 склянку чи менше (раз на день або менше)			
7. Скільки разів упродовж дня Ваша дитина зазвичай п'є сік, фруктові чи спортивні напої, звичайну содову воду та/або напої з Kool-Aid чи додаванням цукру? .... <input type="checkbox"/> 4 рази і більше <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Жодного Скільки разів упродовж дня Ваша дитина зазвичай п'є дієтичну содову воду та/або каву чи чай? ..... <input type="checkbox"/> 4 рази і більше <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Жодного Скільки разів упродовж дня Ваша дитина зазвичай п'є звичайну воду? .... <input type="checkbox"/> 4 рази і більше <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Жодного			
8. Головне джерело питної води для Вашої дитини? (виберіть один варіант) [425.8] <input type="checkbox"/> Міська/районна система водопостачання <input type="checkbox"/> Сільська система водопостачання <input type="checkbox"/> Приватна водойма <input type="checkbox"/> Вода з пляшок			
9. Ваша дитина п'є перелічені вище напої з пляшечки чи "чашки-непроливайки" ..... <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні? [425.3] Коли Ваша дитина п'є напої (крім води) з пляшечки чи "чашки-непроливайки" (виберіть всі, що підходять) <input type="checkbox"/> Уночі в ліжечку <input type="checkbox"/> Під час тихої години <input type="checkbox"/> Під час їжі чи перекусів <input type="checkbox"/> Носить пляшечку чи "чашку-непроливайку" з собою весь день			
10. Чи приймає Ваша дитина вітаміни, мікроелементи, лікарські рослинні сировини або рослинні біодобавки? ..... <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, виберіть всі, що підходять. <input type="checkbox"/> Мультивітаміни для дітей ..... <input type="checkbox"/> Біодобавки, що містять залізо <input type="checkbox"/> Рослинні біодобавки <input type="checkbox"/> Вітамін D <input type="checkbox"/> Інше: _____ [425.7] [425.8]			
11. Скільки годин на день зазвичай Ваша дитина проводить перед екраном (телевізора, за комп'ютером, відеоіграми чи мобільним телефоном)? <input type="checkbox"/> Жодної <input type="checkbox"/> менше години <input type="checkbox"/> 1 годину <input type="checkbox"/> 2 години <input type="checkbox"/> 3 години <input type="checkbox"/> 4 години <input type="checkbox"/> 5 і більше годин <input type="checkbox"/> Не знаю Скільки хвилин на день зазвичай Ваша дитина витрачає на активні ігри/вправи (викликають інтенсивніше дихання чи потовиділення)? <input type="checkbox"/> Менше 15 хвилин <input type="checkbox"/> 15 хвилин <input type="checkbox"/> 30 хвилин <input type="checkbox"/> 45 хвилин <input type="checkbox"/> 60 хвилин (годину) <input type="checkbox"/> 90 хвилин (1 ½ години) і більше <input type="checkbox"/> Не підходить			
12. Чи відвідувала Ваша дитина стоматолога за останні 12 місяців? ..... <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні [425.8] Чи виявлено у Вашої дитини карієс (включаючи карієс молочних зубів), зламані зуби, кровоточивість ясен, відсутні та/або зміщені зуби, які ускладнюють пережовування їжі? ..... <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Чи чистить Ваша дитина зуби пастою, що містить фтор? ..... <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю			