



**ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG CỦA WIC DÀNH CHO TRẺ TỪ 1-5 TUỔI**

TÊN CỦA TRẺ:	TUỔI: <input checked="" type="checkbox"/> PHẠM VI THÁNG <input type="checkbox"/> 12-23 <input type="checkbox"/> 24-59	NGÀY HOÀN TẤT:
<p>1. Con quý vị có thực hiện theo chế độ ăn đặc biệt không? ..... <input type="checkbox"/> Có   <input type="checkbox"/> Không   <b>[341- 362] [425.6]</b>          Nếu có, hãy chọn:   <input type="checkbox"/> Ăn chay   <input type="checkbox"/> Không ăn thịt   <input type="checkbox"/> Ít calorie/giảm cân  <input type="checkbox"/> Ăn chay theo đạo Phật   <input type="checkbox"/> Dị ứng với thức ăn   <input type="checkbox"/> Ăn Qua Ống   <input type="checkbox"/> Khác: _____          Nếu có, có một bệnh trạng liên quan đến chế độ ăn này hay không? ..... <input type="checkbox"/> Có   <input type="checkbox"/> Không</p>		
<p>2. Con quý vị ăn các loại thức ăn nào sau đây? (Chọn tất cả các trường hợp phù hợp): <b>[425.5]</b>  <input type="checkbox"/> Trái cây tươi ép hoặc nước ép rau củ   <input type="checkbox"/> Thịt sống, thịt ngon, thức ăn nhanh  <input type="checkbox"/> Thịt sống hoặc tái, cá, gà, gà tây hoặc trứng   <input type="checkbox"/> Các sản phẩm sữa chưa tiệt trùng (tươi tại nông trại)  <input type="checkbox"/> Phô mai mềm chẳng hạn như Feta, Brie, Camembert,   <input type="checkbox"/> Rau mầm tươi (linh lăng, cỏ ba lá, đậu, củ cải)          Phô mai gân xanh, phô mai Queso Blanco, Queso Fresco   <input type="checkbox"/> Không có trường hợp nào bên trên</p>		
<p>3. Con của quý vị có thường ăn những thứ không phải sản phẩm thực phẩm hay không? ..... <input type="checkbox"/> Có   <input type="checkbox"/> Không   <b>[425.9]</b>          Nếu có, hãy chọn tất cả các trường hợp phù hợp:  <input type="checkbox"/> Tro   <input type="checkbox"/> Đất sét   <input type="checkbox"/> Vụn sơn  <input type="checkbox"/> Sợi thảm   <input type="checkbox"/> Bụi   <input type="checkbox"/> Giấy   <input type="checkbox"/> Tinh bột (bột giặt hoặc bột bắp)  <input type="checkbox"/> Thuốc lá điều hoặc tàn thuốc lá   <input type="checkbox"/> Cao Su Xốp   <input type="checkbox"/> Đất   <input type="checkbox"/> Khác: _____</p>		
<p>4. Vào một ngày điển hình, con quý vị ăn trái cây bao nhiêu lần? ..... <input type="checkbox"/> 5 trở lên   <input type="checkbox"/> 4   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> Không có</p>		
<p>5. Vào một ngày điển hình, con quý vị ăn rau củ bao nhiêu lần? ..... <input type="checkbox"/> 5 trở lên   <input type="checkbox"/> 4   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> Không có</p>		
<p>6. Con quý vị uống <u>loại</u> sữa nào? (Chọn tất cả các trường hợp phù hợp): <b>[425.1] [425.8]</b>  <input type="checkbox"/> Sữa mẹ   <input type="checkbox"/> Sữa bột (tên) _____   <input type="checkbox"/> Sữa (Bò)   <input type="checkbox"/> Sữa Dê  <input type="checkbox"/> Sữa Gạo hoặc Sữa Hạnh Nhân   <input type="checkbox"/> Sữa Đậu Nành   <input type="checkbox"/> Sữa Không Lactose   <input type="checkbox"/> Không có   <input type="checkbox"/> Khác: _____          Con quý vị uống <u>đang</u> sữa nào? <input type="checkbox"/> Không béo (gạn kem)   <input type="checkbox"/> Ít béo (1%)   <input type="checkbox"/> Giảm béo (2%)   <input type="checkbox"/> Nguyên chất   <input type="checkbox"/> Không Áp Dụng          Vào một ngày điển hình, con quý vị uống sữa bao nhiêu lần?  <input type="checkbox"/> 4 tách trở lên/Nhiều lần/ngày   <input type="checkbox"/> 3 tách/Ba lần/ngày   <input type="checkbox"/> 2 tách/Hai lần/ngày   <input type="checkbox"/> 1 tách trở xuống/Một lần/ngày trở xuống</p>		
<p>7. Vào một ngày điển hình, con quý vị uống nước ép, nước trái cây/thức uống có ga <b>[425.2] [425.3]</b>          soda, trà đường và/hoặc nước có Kool-Aid hoặc đường bao nhiêu lần? ..... <input type="checkbox"/> 4 trở lên   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> Không có          Vào một ngày điển hình, con quý vị uống thức uống/soda kiêng          và/hoặc cà phê/trà bao nhiêu lần? ..... <input type="checkbox"/> 4 trở lên   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> Không có          Vào một ngày điển hình, con quý vị uống nước trắng bao nhiêu lần? ..... <input type="checkbox"/> 4 trở lên   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> Không có</p>		
<p>8. Nguồn nước của con quý vị là gì? (Chọn tất cả các trường hợp phù hợp): <b>[425.8]</b>  <input type="checkbox"/> Hệ thống nước của Thành Phố/Hạt   <input type="checkbox"/> Hệ thống nước nông thôn   <input type="checkbox"/> Giếng nhà   <input type="checkbox"/> Nước đóng chai</p>		
<p>9. Con quý vị uống bất kỳ thức uống nào không phải nước từ bình sữa em bé hay tách hay không? <input type="checkbox"/> Có   <input type="checkbox"/> Không   <b>[425.3]</b>          Khi nào con quý vị uống thức uống không phải nước từ bình sữa em bé hay tách? (Chọn tất cả các trường hợp phù hợp):  <input type="checkbox"/> Trên giường vào giờ ngủ   <input type="checkbox"/> Vào giờ ngủ trưa   <input type="checkbox"/> Vào các bữa ăn chính và ăn nhẹ   <input type="checkbox"/> Suốt ngày mang theo bình/tách</p>		
<p>10. Con quý vị có sử dụng bất kỳ vitamin, khoáng chất, thảo dược hay chất bổ sung thảo dược nào hay không? <input type="checkbox"/> Có   <input type="checkbox"/> Không   <b>[425.7] [425.8]</b>          Nếu có, hãy chọn tất cả các trường hợp phù hợp:   <input type="checkbox"/> Đa vitamin cho trẻ em   <input type="checkbox"/> Bổ sung sắt   <input type="checkbox"/> Bổ sung florua  <input type="checkbox"/> Bổ sung thảo dược   <input type="checkbox"/> Vitamin D   <input type="checkbox"/> Khác: _____</p>		
<p>11. Vào một ngày điển hình, con quý vị ngồi trước màn hình bao nhiêu giờ? (TV, máy tính, video game, điện thoại di động)  <input type="checkbox"/> Không có   <input type="checkbox"/> dưới 1 giờ   <input type="checkbox"/> 1 giờ   <input type="checkbox"/> 2 giờ   <input type="checkbox"/> 3 giờ   <input type="checkbox"/> 4 giờ   <input type="checkbox"/> 5 giờ trở lên   <input type="checkbox"/> Không biết          Vào một ngày điển hình, con quý vị chơi tích cực/tập thể dục bao nhiêu phút? (hô hấp mệt hơn hoặc ra mồ hôi)  <input type="checkbox"/> Dưới 15 phút   <input type="checkbox"/> 15 phút   <input type="checkbox"/> 30 phút (45 giờ)   <input type="checkbox"/> 45 phút   <input type="checkbox"/> 60 phút (1 giờ)  <input type="checkbox"/> 90 phút (1½ giờ) trở lên   <input type="checkbox"/> Không Áp Dụng</p>		
<p>12. Con quý vị có đi khám tại nha sĩ trong 12 tháng vừa qua hay không? ..... <input type="checkbox"/> Có   <input type="checkbox"/> Không   <b>[425.8]</b>          Con quý vị có bị sâu răng (bao gồm sâu răng sữa), gãy răng,          chảy máu nướu, rụng răng và/hoặc răng mọc lệch khiến cho bé khó nhai hay không? ..... <input type="checkbox"/> Có   <input type="checkbox"/> Không          Con quý vị có đánh răng bằng kem đánh răng có florua hay không? ..... <input type="checkbox"/> Có   <input type="checkbox"/> Không   <input type="checkbox"/> Không biết</p>		

**CPA/Chuyên Gia Dinh Dưỡng của quý vị sẽ thảo luận về thói quen ăn uống và hoạt động của con quý vị và sẽ đặt ra các câu hỏi khác.**