



**ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG CỦA WIC DÀNH CHO TRẺ PHỤ NỮ**

TÊN NGƯỜI THAM GIA	NGÀY HOÀN TẤT:
--------------------	----------------

**DO TẤT CẢ PHỤ NỮ ĐIỀN**

1. Quý vị có tuân theo một chế độ ăn đặc biệt không? .....  Có  Không **[427.2]**  
 Nếu có, quý vị đang tuân theo chế độ ăn đặc biệt nào sau đây? (Chọn tất cả các trường hợp phù hợp):  
 Ăn chay  Không ăn thịt  Ít calorie/giảm cân  Ăn chay theo đạo Phật  Dị ứng với thức ăn  
 Ít Béo  Ít Carbohydrate  Khác: \_\_\_\_\_  
 Nếu có, có một bệnh trạng liên quan đến chế độ ăn đặc biệt này hay không? .....  Có  Không **[341-362]**

2. Quý vị có thường ăn những thứ không phải sản phẩm thực phẩm hay không?.....  Có  Không **[427.3]**  
 Nếu có, hãy chọn tất cả các trường hợp phù hợp:  
 Tro  Phấn  Lượng nước đá lớn và/hoặc tuyết trong tủ đông  
 Natri bicarbonate  Thuốc lá điều  Vụn sơn  
 Diêm đã cháy  Đất sét  Đất  
 Sợi thâm  Bụi  Tinh bột (bột giặt hoặc bột bắp)  Khác: \_\_\_\_\_

3. Vào một ngày điển hình, quý vị thường ăn trái cây bao nhiêu lần?.....  5 trở lên  4  3  2  1  Không có

4. Vào một ngày điển hình, quý vị thường ăn rau củ bao nhiêu lần? .....  5 trở lên  4  3  2  1  Không có

5. Quý vị uống loại sữa gì? (Chọn tất cả các trường hợp phù hợp): **[427.2]**  
 Sữa (Bò)  Sữa Dê  Nước Cơm hoặc Sữa Hạnh Nhân  Sữa Đậu Nành  Sữa Không Lactose  
 Không có  Khác \_\_\_\_\_  
 Quý vị uống dạng sữa gì?  Không béo (gạn kem)  Ít béo (1%)  Giảm béo (2%)  Nguyên chất  Không Áp Dụng  
 Vào một ngày điển hình, quý vị uống sữa bao nhiêu lần?  
 4 tách trở lên/ Nhiều lần/ngày  3 tách/Ba lần/ngày  
 2 tách/Hai lần/ngày  1 tách trở xuống/Một lần/ngày trở xuống

6. Vào một ngày điển hình, quý vị uống nước trái cây/nước uống có ga, soda, trà đường và/hoặc nước có Kool-Aid hoặc đường bao nhiêu lần?  4 trở lên  3  2  1  Không có  
 Vào một ngày điển hình, quý vị uống nước ăn kiêng/soda và/hoặc cà phê/trà bao nhiêu lần? .....  4 trở lên  3  2  1  Không có  
 Vào một ngày điển hình, quý vị uống nước trắng bao nhiêu lần? .....  4 trở lên  3  2  1  Không có

7. Quý vị thực hiện loại hoạt động thể lực nào vào hầu hết các ngày? (Chọn tất cả các trường hợp phù hợp)  
 Không có  Chạy  Làm việc nhà/dọn dẹp  Đạp xe  Chơi với các con tôi  
 Đi bộ  Bơi lội  Làm vườn  Tập thể dục  Khác: \_\_\_\_\_

8. Vào một ngày điển hình, con quý vị dành ra bao nhiêu phút thực hiện các hoạt động này với hô hấp mệt hoặc ra mồ hôi?  
 Dưới 15 phút  15 phút  30 phút (45 giờ)  45 phút  
 60 phút (1 giờ)  90 phút (1 ½ giờ) trở lên  Không Áp Dụng

9. Quý vị có đi khám tại nha sĩ trong 12 tháng vừa qua hay không? .....  Có  Không **[381]**  
 Quý vị có bị sâu răng, gãy răng, chảy máu nướu, rụng răng và/hoặc răng mọc lệch khiến cho bé khó nhai hay không? .....  Có  Không

**TRẢ LỜI CÂU HỎI SAU ĐÂY NẾU QUÝ VỊ ĐANG MANG THAI.**

10. Quý vị ăn những thức ăn nào sau đây? (Chọn tất cả các trường hợp phù hợp): **[427.5]**  
 Nước ép trái cây hoặc nước rau củ tươi  
 Các sản phẩm sữa chưa tiệt trùng (tươi tại nông trại)  
 Phô mai mềm chẳng hạn như Feta, Brie, Camembert, Phô mai gân xanh, Queso Blanco, Queso Fresco  
 Thịt, cá, thịt gà, thịt gà tây, hoặc trứng tươi hoặc tái  
 Rau mầm sống (linh lăng, củ ba lá, đậu, củ cải)  
 Thịt sống, thịt ngon, thức ăn nhanh  
 Không có trường hợp nào

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