



اسم المشارك:	تاريخ الميلاد:	تاريخ الانتهاء:
--------------	----------------	-----------------

**يقوم مقدم الرعاية للرضع بملء هذا القسم**

1. هل أخبرك الطبيب في أي وقت أن طفلك لديه أي ظروف طبية أو أمراض؟ **[341-362]**

نعم، يرجى الإشارة إلى الظرف أو المرض:

لا

ما هو موعد العرض القادم على طبيب طفلك؟ التاريخ: \_\_\_\_\_

2. ما التغذية التي تقدمها لطفلك؟ اختاري كل ما ينطبق. **[411.3]**

حليب الأم

نوع الحليب (الاسم) \_\_\_\_\_

السوائل أو المشروبات الأخرى (من غير حليب الأطفال): \_\_\_\_\_

أغذية الأطفال أو الأسرة / الجدول الغذائي \_\_\_\_\_

3. ما هي الأماكن التي يصطحب فيها طفلك زجاجة أو كوب؟ اختاري كل ما ينطبق. **[411.2]**

الرضاعة الطبيعية فقط/لا زجاجات

السريير

عربة الأطفال

المقعد

عندما يكون مع شخص

الكرسي

يحمل زجاجته الخاصة

أخرى \_\_\_\_\_

4. هل تضعي مصاصة طفلك في السكر أو الشراب أو العسل أو تضيفي السكر أو الشراب أو العسل لحليب الأم أو النوع؟ **[411.2] [411.3] [411.5]**

نعم

لا

هل يأكل طفلك العسل أو أي أطعمة مصنوعة من العسل مثل مقرمشات غراهام بالعسل، والكعك، وما إلى ذلك؟ **[411.3] [411.5]**

نعم

لا

5. أي من الأطعمة التالية يأكلها طفلك؟ اختاري كل ما ينطبق. **[411.5]**

عصائر الفواكه الطازجة أو عصير الخضروات

منتجات الألبان (الزراعية الطازجة) غير المبسترة

الأجبان الطرية مثل فيتا، بري، كامبير، الجبن الأزرق المعرق، كازو-بلانكو أو كازو فريسكو

اللحوم النيئة أو غير المطبوخة جيدا، الأسماك، الدجاج والديك الرومي أو البيض

البراعم الخام (الفصّة، والبرسيم، والفاصوليا، والفجل)

اللحوم غير المطبوخة، اللحوم الباردة، والهوت دوج

لا شيء مما سبق

6. هل لاحظت أي مشاكل في الفم أو الأسنان في فم طفلك؟ **[381]**

نعم، يرجى تحديد المشاكل: \_\_\_\_\_

لا

ستقوم الجهة المهنية المختصة/مسئول التغذية بمناقشة عادات وأنشطة تناول الطعام الخاصة بطفلك وسوف يطرح المزيد من الأسئلة.