



DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES PERSONNES ÂGÉES DE L'ÉTAT DU MISSOURI
SERVICES WIC ET NUTRITION
ÉVALUATION NUTRITIONNELLE WIC POUR NOURRISSONS

NOM DU PARTICIPANT :	DATE DE NAISSANCE :	REPLI LE :
A REMPLIR PAR LE PERSONNEL SOIGNANT DU NOURRISSON		
1. Le médecin vous a-t-il jamais dit que votre bébé présentait un état pathologique ou une maladie ? [341-362]		
<input type="checkbox"/> Oui, indiquez le trouble ou la maladie : _____		
<input type="checkbox"/> Non		
Quelle est la date du prochain rendez-vous chez le médecin pour votre enfant ? Date : _____		
2. Que donnez-vous à manger à votre bébé ?. (Sélectionnez tout ce qui s'applique) [411.3]		
<input type="checkbox"/> Lait maternel		
<input type="checkbox"/> Préparation (nom) _____		
<input type="checkbox"/> Autres liquides ou boissons (non des préparations pour nourrissons) : _____		
Des aliments pour bébés ou de la nourriture de la table familiale _____		
3. Quels sont les endroits où votre bébé prend le biberon ou la tasse ? (Sélectionnez tout ce qui s'applique) [411.2]		
<input type="checkbox"/> Allaitement uniquement/pas de biberons		
<input type="checkbox"/> Lit		
<input type="checkbox"/> Poussette		
<input type="checkbox"/> Siège auto		
<input type="checkbox"/> Porté par quelqu'un		
<input type="checkbox"/> Chaise haute		
<input type="checkbox"/> Tient son biberon		
<input type="checkbox"/> Autre _____		
4. Plongez-vous la sucette de votre bébé dans du sucre, du sirop ou du miel, ou encore ajoutez-vous du sucre, du sirop ou du miel au lait maternel ou aux préparations ? [411.2] [411.3] [411.5]		
<input type="checkbox"/> Oui		
<input type="checkbox"/> Non		
Votre bébé mange t-il du miel ou tout autre aliment à base de miel tels que les biscuits Graham au miel, les muffins, etc ?		
<input type="checkbox"/> Oui [411.3] [411.5]		
<input type="checkbox"/> Non		
5. Lequel des aliments suivants votre bébé mange t-il ? (Sélectionnez tout ce qui s'applique) [411.5]		
<input type="checkbox"/> Jus de fruits ou de légumes fraîchement pressés		
<input type="checkbox"/> Produits laitiers non pasteurisés (frais de la ferme)		
<input type="checkbox"/> Fromages à pâtes molles tels que le Féta, Brie, Camembert, fromages à pâte persillée, Queso Blanco ou Queso Fresco		
<input type="checkbox"/> Viandes crues ou insuffisamment cuites, poissons, poulet, dinde ou œufs		
<input type="checkbox"/> Germes de légumes crus (luzerne, trèfle, haricots, radis)		
<input type="checkbox"/> Pâtés de viande, charcuteries, hot-dogs		
<input type="checkbox"/> Aucun de ce qui précède		
6. Avez-vous remarqué des problèmes bucco-dentaires dans la bouche de votre bébé ? [381]		
<input type="checkbox"/> Oui, indiquez les problèmes : _____		
<input type="checkbox"/> Non		

Votre CPA/Nutritionniste discutera avec vous des habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique de votre bébé et vous posera d'autres questions.