



MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES  
WIC AND NUTRITION SERVICES

शिशुओं के लिए WIC पोषण मूल्यांकन

भागीदार का नाम:	जन्मतिथि:	पूर्ण होने की तिथि:
<b>शिशुओं के देखभाल करने वाले व्यक्ति द्वारा भरा जाए</b>		
1. क्या चिकित्सक ने आपको कभी बताया कि आपके शिशु में कोई चिकित्सकीय समस्या या रोग है? <span style="float: right;">[341-362]</span>		
<input type="checkbox"/> हां, उसने समस्या या रोग का संकेत दिया: _____		
<input type="checkbox"/> नहीं		
आपके शिशु की चिकित्सक के साथ अगली मुलाकात कब है? तिथि: _____		
2. आप अपने शिशु को क्या आहार दे रही हैं? सभी लागू विकल्प चुनें: <span style="float: right;">[411.3]</span>		
<input type="checkbox"/> मां का दूध		
<input type="checkbox"/> कृत्रिम दूध (नाम) _____		
<input type="checkbox"/> अन्य तरल या पेय-पदार्थ (शिशुओं का कृत्रिम दूध नहीं) _____		
<input type="checkbox"/> बेबी फूड या परिवार/मेज पर खाया जाने वाला साधारण भोजन _____		
3. वे सभी स्थान कौन-से हैं जिनमें आपका शिशु बोटल या कप ले जाता है? सभी लागू विकल्प चुनें: <span style="float: right;">[411.2]</span>		
<input type="checkbox"/> केवल मां का दूध/बोटल नहीं		
<input type="checkbox"/> बिस्तर		
<input type="checkbox"/> स्ट्रोलर (बच्चा-गाड़ी)		
<input type="checkbox"/> कार की सीट		
<input type="checkbox"/> किसी व्यक्ति द्वारा गोद में लेने पर		
<input type="checkbox"/> ऊंची कुर्सी		
<input type="checkbox"/> अपनी बोटल पकड़े रहता है		
<input type="checkbox"/> अन्य _____		
4. क्या आप अपने शिशु की चुसनी (पेसिफायर) को चीनी, सिरप या शहद में डुबोती हैं या स्तन के दूध (ब्रेस्टमिल्क) या कृत्रिम दूध में चीनी, सिरप या शहद मिलाती हैं? <span style="float: right;">[411.2] [411.3] [411.5]</span>		
<input type="checkbox"/> हां		
<input type="checkbox"/> नहीं		
क्या आपका शिशु शहद या शहद से बने खाद्य-पदार्थ जैसे हनी ग्राहम क्रेकर्स या मफिंस आदि खाता है? <span style="float: right;">[411.3] [411.5]</span>		
<input type="checkbox"/> हां		
<input type="checkbox"/> नहीं		
5. आपका शिशु निम्नलिखित में से कौन-से खाद्य खाता है? सभी लागू विकल्प चुनें: <span style="float: right;">[411.5]</span>		
<input type="checkbox"/> ताजे निचोड़े फल या सब्जी का जूस		
<input type="checkbox"/> पाश्चरीकरण मुक्त (डेयरी के ताजे) दुग्ध उत्पाद		
<input type="checkbox"/> नरम चीज़ जैसे फेट, ब्री, केमेमबेर्ट, ब्ल्यू-वींड चीज़, केसो ब्लैंको, केसो फ्रेस्को		
<input type="checkbox"/> कच्चा या कम पका मांस, मछली, टर्की या अंडे		
<input type="checkbox"/> कच्चे अंकुरित खाद्य (ऐल्फेल्फ, क्लोवर, बीन, रेडिश)		
<input type="checkbox"/> कच्चा पैकेटबंद मीट, डेली मीट, हॉट डॉग		
<input type="checkbox"/> इनमें से कोई नहीं		
6. क्या आपको आपके शिशु के मुंह में मुंह या दांतों से जुड़ी कोई समस्या दिखाई दी? <span style="float: right;">[381]</span>		
<input type="checkbox"/> हां, समस्या का संकेत मिला: _____		
<input type="checkbox"/> नहीं		

आपका CPA/पोषक विशेषज्ञ आपके शिशु के खाने-पीने व गतिविधि संबंधी आदतों पर चर्चा करेगा और अधिक प्रश्न पूछेगा।