



CÂU HỎI DINH DƯỠNG PHỤ NỮ HẬU SẢN

Tên bạn:	Tuổi:	Ngày:
-----------------	--------------	--------------

Vui lòng đánh dấu chọn hoặc viết câu trả lời của bạn cho các câu hỏi sau:

<p>1. Bạn sử dụng loại hình Bảo hiểm y tế nào? <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Bảo hiểm cá nhân <input type="checkbox"/> Khác: _____ <input type="checkbox"/> Không có</p> <p>2. Lịch hẹn kiểm tra 6 tuần sau sinh hoặc lịch hẹn khám bác sĩ lần kế tiếp của bạn là khi nào? _____</p> <p>3. Bạn đang mắc bệnh gì? <input type="checkbox"/> Tiểu đường <input type="checkbox"/> Cao huyết áp <input type="checkbox"/> Trầm cảm hoặc các vấn đề sức khỏe tâm thần khác <input type="checkbox"/> Khác: _____ <input type="checkbox"/> Không có</p> <p>4. Bạn có mắc bệnh Tiểu đường thai kỳ trong lần mang thai gần nhất? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết</p> <p>5. Bạn dùng loại nào trong số các loại thuốc sau? <input type="checkbox"/> Vitamin cho bà bầu <input type="checkbox"/> Multivitamin chứa axit folic <input type="checkbox"/> Viên sắt <input type="checkbox"/> Vitamin/khoáng chất khác <input type="checkbox"/> Thuốc nhuận tràng <input type="checkbox"/> Thuốc không kê đơn (Tylenol, Aspirin, v.v...) <input type="checkbox"/> Thảo dược <input type="checkbox"/> Thuốc điều trị tại nhà (liệt kê) _____ <input type="checkbox"/> Thuốc khác _____ <input type="checkbox"/> Không có</p> <p>6. Bạn cảm thấy thế nào về cân nặng hiện tại? <input type="checkbox"/> Tôi muốn tăng cân <input type="checkbox"/> Tạm ổn <input type="checkbox"/> Tôi muốn giảm cân</p> <p>7. Trong một tuần bình thường, bao nhiêu ngày bạn hoạt động thể chất (tập thể dục) ở mức độ vừa hoặc nặng trong 30 phút trở lên? (Vd: đi bộ, chạy bộ, khiêu vũ, bơi lội, đạp xe, thể dục nhịp điệu, bóng đá) Khoanh tròn một lựa chọn: 1 ngày 2 ngày 3 ngày 4 ngày 5 ngày 6 ngày 7 ngày <input type="checkbox"/> Không có</p> <p>8. Trong 12 tháng qua, bạn đi khám nha sĩ bao nhiêu lần? <input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Một lần (1 lần khám) <input type="checkbox"/> 2 lần khám trở lên</p> <p>9. Mức độ thường xuyên mà bạn hết tiền hoặc phiếu thực phẩm (hoặc EBT) để mua thức ăn? <input type="checkbox"/> Thường xuyên <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Không bao giờ</p> <p>10. Có bao nhiêu người thân mà bạn có thể yêu cầu giúp đỡ trong lúc khó khăn, chẳng hạn như trông trẻ hoặc thú cưng, chở bạn đến bác sĩ hay cửa hàng hoặc giúp đỡ khi bạn bị bệnh? _____</p> <p>11. Trong <u>hai tuần</u> qua, mức độ thường xuyên mà bạn bức bối khi có rất ít sự quan tâm hoặc niềm vui trong công việc? <input type="checkbox"/> Không ngày nào <input type="checkbox"/> Vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mỗi ngày</p> <p>12. Trong <u>hai tuần</u> qua, mức độ thường xuyên mà bạn bức bối khi cảm thấy buồn, chán nản hoặc tuyệt vọng? <input type="checkbox"/> Không ngày nào <input type="checkbox"/> Vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mỗi ngày</p> <p>13. Bạn dùng loại nào sau đây? <input type="checkbox"/> Thuốc lá <input type="checkbox"/> Rượu <input type="checkbox"/> Cần sa Khác: _____ <input type="checkbox"/> Không có</p>

Vui lòng lật sang trang →

For Staff Use Only	
Date: _____	WIC Staff Name: _____
WIC I.D. #: _____	Height _____ Weight _____ Pronto: Y N
Hgb/Hct in ISIS _____ YES: Date: _____	_____ No: Referral given

14. Bạn đang mang thai? Có Không Không biết
15. Khi nào bạn định mang thai lần nữa? Không bao giờ 0-6 tháng nữa 7-12 tháng nữa
 1-2 năm nữa 2 năm trở lên
16. Bạn có đang sử dụng biện pháp tránh thai? Có Không Tôi đã thất ồng dẫn trứng
 Nếu CÓ, (những) phương pháp kế hoạch hóa nào hiện bạn đang sử dụng?
 Không có Viên uống ngừa thai Đặt vòng (IUD) Màng ngăn âm đạo/Nắp chụp cổ tử
 cung/Tampon âm đạo Kiêng giao hợp Bao cao su Tiêm thuốc tránh thai Depo Provera
 Đặt vòng cổ tử cung/Đặt vòng âm đạo Lịch giao hợp/Chu kỳ kinh nguyệt Thuốc diệt tinh trùng
 (dạng bột/dạng gel) Xuất tinh ngoài âm đạo Khác: _____
17. Bạn có sử dụng dịch vụ PACT dành cho gia đình (Thẻ xanh tiếp cận chương trình y tế)?
 Có Không Không biết

18. Bạn ăn mấy lần mỗi ngày? _____ Bữa chính _____ Bữa sáng _____
19. Bạn có áp dụng chế độ ăn đặc biệt? Có Không Nếu Có, hãy giải thích _____
20. Có loại thức ăn nào mà bạn ăn ít hoặc không ăn? Có Không Nếu Có, đó là những loại nào? _____
21. Bạn thường ăn/uống những gì? (Khoanh tròn mọi lựa chọn áp dụng)
 ♦ Nước Cà phê Trà Sôđa thường Sôđa không đường Nước tăng lực Gatorade
 ♦ Nước ép Rượu pân hoặc nước trái cây Kool Aid Rượu Bia Rượu vang
 ♦ Trái cây Rau củ
 ♦ Sữa: không béo, 1%, 2%, nguyên kem, ít lactose Sữa đậu nành Sữa khác
 Phô mai Sữa chua Phô mai gan kem Bánh pudding hoặc bánh custard Tào hũ
 ♦ Thịt Thịt gà Gà tây Cá Bánh hotdog Các loại hạt Đậu hoặc đậu lăng Trứng Bơ đậu phộng
 ♦ Bánh mì Ngũ cốc Bánh ngô Gạo Mì Bánh pizza Bánh mì tròn Bánh quy giòn
 ♦ Kẹo Bánh quy Bánh ngọt Bánh rán Kem Khoai tây chiên Khoai tây chiên kiểu Pháp Bánh mì ngọt
 Khác (liệt kê) _____
22. Các vấn đề dinh dưỡng và sức khỏe nào mà bạn muốn thảo luận với tư vấn viên WIC hôm nay?

For Office Use Only:

Circle Chart

Kế hoạch gia đình

Trọng lượng khỏe mạnh