

## أسئلة حول تغذية الرضيع (من الميلاد حتى 4 أشهر)

اسم الرضيع:	تاريخ الميلاد:
عمر الأم:	اسم الشخص الذي أكمل هذه الاستمارة:
19 عامًا أو أقل	20 عامًا أو أكثر

الرجاء رسم دائرة أو كتابة إجاباتك على الأسئلة التالية:

1. إن كنت ترضعين ولديك طبيعيًا: كم مرة ترضعينه طبيعيًا خلال الـ 24 ساعة (ليلاً ونهارًا)؟  
 كم من الوقت يستغرق رضيعك في الرضعة الواحدة؟  
 كيف تسير الرضاعة الطبيعية؟ (ليست جيدة) 1 2 3 4 5 (رائعة)  
 هل لديك أي من بدائل حليب الأم في المنزل؟ نعم لا
2. إن كنت ترضعين ولديك بديل حليب الأم: أي علامة تجارية تستخدمينها لرضيعك؟ وأي نوع تستخدمين؟ مسحوق جاهز للتقديم مركز  
 وضحي كيف تقومين بخلط بديل حليب الأم: كم أونصة من البديل تضعين بكل رضعة؟  
 كم أونصة من البديل يتناولها الرضيع بكل رضعة؟ كم مرة خلال الـ 24 ساعة يتناول رضيعك رضعة من بديل حليب الأم؟  
 كيف يسير الإرضاع ببديل حليب الأم؟ (ليس جيدًا) 1 2 3 4 5 (رائع)
3. إن كنت تستخدمين لرضيعك زجاجة الرضاعة: ما جميع الأماكن التي تقدمين لرضيعك فيها الزجاجة؟ السرير عربة الطفل مقعد السيارة عند حمله بين ذراعي شخص مقعد الأطفال المرتفع أخرى  
 ما الذي يتناوله الرضيع من زجاجة الرضاعة؟ لا شيء الحبوب بديل حليب الأم ماء مشروب Gatorade خليط عصير فاكهة مع الكحول أو Kool Aid ماء بالسكر ماء بعسل النحل ماء مع شراب الذرة Karo  
 حليب الثدي المياه الغازية قهوة شاي شاي الكاموميل/البابونج محلول Pedialyte أخرى  
 ماء الأرز عصير ليمونادة مشروب Gatorade خليط عصير فاكهة مع الكحول أو Kool Aid ماء بالجيلي حليب (خالٍ الدسم، قليل الدسم، كامل الدسم، منخفض اللاكتوز)

يرجى قلب الصفحة ←

معلومات تملأ من جانب الموظف فقط:	
Date: _____	WIC Staff Name: _____
WIC I.D. #: _____	Baby's: Length _____ Weight _____
<b>Immunization Assessment:</b> DTaP doses needed by this age:	Check (√) current IZ status below for all infants:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
If baby was enrolled by phone, update 'Presence at certification' in ISIS _____ Completed _____ N/A	

4. ما الأطعمة التي يتناولها رضيعك؟

حلوى الرضع  
أخرى \_\_\_\_\_

اللحوم  
صفار البيض  
بياض البيض  
البيض كاملاً

لم يتناول الطعام بعد  
حبوب الرضع: أرز أو شوفان أو شعير أو خليط منهم  
خضروات/لحم بالعشاء  
الخضروات  
الفاكهة

5. متى ستكون زيارة رضيعك التالية للطبيب؟

نقاط دواء الحديد

فلوريد

فيتامينات

لا شيء

ما الذي يأخذه رضيعك؟  
أدوية أخرى \_\_\_\_\_

مغص

الإسهال

الإمساك

حساسية

لا شيء

7. ما الذي يعاني منه رضيعك حالياً؟  
أخرى \_\_\_\_\_

8. خلال الـ 24 ساعة الأخيرة (ليلاً ونهاراً)، ما عدد الحفاضات التي بللها رضيعك؟

وكم عدد الحفاضات المتسخة (بالبراز) التي استهلكها رضيعك؟

9. ارسلي علامة على الوصف المناسب لبراز الرضيع:  
متناسك صلب ويشبه الحصى  
لين سائل أخرى \_\_\_\_\_

10. كيف تعلمين متى يكون رضيعك مستعداً لتناول الطعام؟

كيف تعلمين متى يشعر رضيعك بالامتلاء؟

11. هل يعاني رضيعك من مشاكل في المص أو البلع؟ (هل يستغرق وقتاً طويلاً في الرضاعة؟) نعم لا

12. هل تعانين من قلق لبكاء رضيعك كثيراً؟ نعم لا

13. هل تعانين من قلق لعدم نوم رضيعك بالقدر الكافي أو نومه كثيراً؟ نعم لا

14. من الذي يساعدك في المنزل؟

15. ما مسائل التغذية أو الصحة التي تودين مناقشتها اليوم مع مستشارك ببرنامج المرأة والرضيع والطفل؟