

## أسئلة حول تغذية الرضيع الأكبر سنًا والطفل (من 5 أشهر حتى 23 شهرًا)

اسم الرضيع/الطفل:	عمر الرضيع/الطفل (بالأشهر):
عمر الأم (ضعي علامة): 19 عامًا أو أقل 20 عامًا أو أكثر	اسم الشخص الذي أكمل هذه الاستمارة:

### الرجاء رسم دائرة أو كتابة إجاباتك على الأسئلة التالية:

1. متى ستكون زيارة رضيعك/طفلك التالية للطبيب؟ \_\_\_\_\_
2. أمتح رضيعي/طفلي: فيتامينات فلوريد نقاط دواء الحديد أدوية لا شيء أخرى \_\_\_\_\_
3. يعاني رضيعي/طفلي الآن من: حساسية إمساك إسهال لا شيء مما سبق \_\_\_\_\_
4. أجريت اختبار الدم الخاص بقياس مستوى الرصاص لرضيعك/طفلك: لا نعم إن كانت الإجابة بنعم، فمتى؟ \_\_\_\_\_
5. كم مرة ينفد لديك المال أو قسائم المعونة الغذائية (أو الخاصة بنظام التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT)) الخاصة بشراء الطعام؟ كثيرًا بعض الأحيان لا يحدث على الإطلاق \_\_\_\_\_
6. كيف تعلمين متى يكون رضيعك/طفلك مستعدًا لتناول الطعام؟ \_\_\_\_\_  
كيف تعلمين متى يشعر رضيعك/طفلك بالامتلاء؟ \_\_\_\_\_
7. إن كنت ترضعين وليدك/طفلك طبيعيًا: كم مرة ترضعينه طبيعيًا خلال الـ 24 ساعة (ليلاً ونهارًا)؟ \_\_\_\_\_  
إلى متى تخططين لإرضاع وليدك/طفلك طبيعيًا؟ \_\_\_\_\_  
كيف تسير الرضاعة الطبيعية؟ (ليس جيدًا) 1.....2.....3.....4.....5 (رائع)
8. إن كنتِ كنتِ ترضعين وليدك/طفلك بديل حليب الأم: كم عدد المرات التي يتناول فيها رضيعك/طفلك زجاجة رضاعة من بديل حليب الأم؟ \_\_\_\_\_  
كم أونصة من البديل يتناولها الرضيع/الطفل بكل رضعة؟ \_\_\_\_\_  
أي علامة تجارية تستخدمونها لرضيعك/طفلك؟ \_\_\_\_\_  
وضحي كيف تقومين بخلط بديل حليب الأم. \_\_\_\_\_  
كيف يسير الإرضاع ببديل حليب الأم؟ (ليس جيدًا) 1.....2.....3.....4.....5 (رائع)
9. ما جميع الأماكن التي تقدمين لرضيعك/طفلك فيها زجاجة الرضاعة؟ سرير عربة الطفل مقعد السيارة عند حمله بين ذراعي شخص مقعد الأطفال المرتفع يمسك زجاجة الرضاعة بنفسه أخرى \_\_\_\_\_

يرجى قلب الصفحة ←

<b>For Staff Use Only:</b> Date: _____ WIC Staff Name: _____	
WIC I.D. #: _____	Height _____ Weight _____ Please circle: SR SM SA/SH Pronto: Y N
<b>Immunization Assessment:</b>	
DTaP doses needed by this age: _____ Check (✓) current IZ status below for all infants:	
3 mo. 5 mo. 7 mo. 19 mo. 1 2 3 4	__UTD __Not UTD (Ref. & Ed. given) __No IZ Card
Hgb/Hct in ISIS: ____ YES: Date of Blood Test _____ NO: Referral Given, HOLD Placed	

10. ما الذي يتناوله الرضيع/الطفل من زجاجة الرضاعة أو من الكوب؟

ماء	ماء الأرز	خليط عصير فاكهة مع الكحول أو Kool Aid	حليب الثدي
ماء بالسكر	حبوب	مياه غازية	قهوة
ماء بعسل النحل	حليب خالي الدسم	ليمونادة	شاي
ماء مع شراب الذرة Karo	حليب قليل الدسم	عصير	محلول Pedialyte
ماء بالجيلي	حليب كامل الدسم	مشروب Gatorade	شاي الكاموميل/البابونج

أخرى \_\_\_\_\_

11. ماذا تطعمين رضيعك/طفلك؟ طعام الأسرة أو المائدة طعام الأطفال المعبأ بمرطبان كلاهما لم أقدم له الطعام بعد

12. ما قوام الطعام الذي تقدمينه لرضيعك/طفلك؟

مهروس	مقطع قطع كبيرة	مفروم	قطع لينة	أخرى _____
-------	----------------	-------	----------	------------

13. ما الأطعمة التي يتناولها رضيعك/طفلك؟

حبوب ساخنة/باردة	لحم البقر/الدجاج/الأسمك	فاكهة	زبادي	بسكويت هش غير محلى
أرز	صفار البيض/بياض البيض	خضروات	آيس كريم	حلوى
شعرية/اسباجيتي	زبدة فول السوداني	فاصوليا	بودنج/كاسترد	مكسرات
تورتيللا	شرائح اللحم	حساء	حلوى المصاصة الفشار	
الخبز/التوست	نقانق (هوت دوج)	جبين	زبيب	بسكويت الكوكيز
أصابع البطاطس المحمرة	رقائق البطاطس المحمرة		توفو	عسل النحل

أخرى (اذكريها بقائمة) \_\_\_\_\_

14. ما الأشياء التي يتناولها الرضيع/الطفل بخلاف الطعام؟

أعقاب السجائر	رقاقات الطلاء	التراب	القاذورات	الرماد	الطمي	مطاط إسفنجي	ألياف السجاد	أقلام الشمع
---------------	---------------	--------	-----------	--------	-------	-------------	--------------	-------------

لا شيء أخرى (اذكريها بقائمة) \_\_\_\_\_

15. يستخدم رضيعي/طفلي ما يلي لتناول الطعام أو الشراب: زجاجة الرضاعة الأصابع كوب كوب الارتشاف ملعقة شوكة

16. كم "ساعة" في اليوم:

أ. يتم تشغيل التلفاز في المنزل؟  
ب. هل يشاهد رضيعك/طفلك التلفاز، أو يستخدم الكمبيوتر أو يلعب ألعاب الفيديو

ساعات يوميًا \_\_\_\_\_  
ساعات يوميًا \_\_\_\_\_

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

Staff Use Only For

Circle Chart

