

أسئلة حول تغذية المرأة بعد الوضع

اسمك:	عمرک:	التاريخ:
-------	-------	----------

الرجاء رسم دائرة أو كتابة إجاباتك على الأسئلة التالية:

1. ما نوع التأمين الصحي الذي تشتركون به؟ برنامج Medi-Cal تأمين خاص أخرى: _____ لا شيء
2. متى سيكون الفحص الذي يلي الوضع بـ 6 أسابيع أو ميعاد زيارتك التالية للطبيب؟ _____
3. ما الأمراض التي تعاني منها؟
 داء السكري ضغط الدم المرتفع الاكتئاب أو مشاكل الصحة العقلية الأخرى
 أخرى: _____ لا شيء
4. هل أصابك سكري الحمل أثناء حملك الأخير؟ نعم لا لا أعلم
5. أي من الأدوية التالية تتناولين؟
 فيتامينات الحمل فيتامينات متعددة مع حمض الفوليك أقراص الحديد فيتامينات أو معادن أخرى
 ملينات الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية (مثل التايلينول والأسبرين ونحوه) الأعشاب
 علاجات منزلية (اذكريها بقائمة) _____ أدوية أخرى _____ لا شيء
6. ما الذي تعتقدينه بشأن وزنك الحالي؟ أود أن يزداد وزني لا بأس به أود أن أفقد بعض الوزن
7. أثناء الأسبوع، كم عدد الأيام التي تقومين فيها بنشاط بدني متوسط أو شديد (تمارين) لمدة 30 دقيقة أو أكثر؟ (مثل: المشي أو الركض أو الرقص أو السباحة أو ركوب الدراجات أو التمارين الرياضية أو كرة القدم)
 ضع علامة على إحدى الإجابات: يوم يومان 3 أيام 4 أيام 5 أيام 6 أيام 7 أيام لا أقوم
 بنشاط بأي يوم
8. خلال الأشهر الـ 12 الأخيرة، كم مرة قمت بزيارة طبيب الأسنان؟ لم أقم بزيارته زرتة مرة واحدة مرتان أو أكثر
9. 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
10. كم عدد الأشخاص الموجودين بالجوار والذين يمكنك طلب المساعدة منهم وقت الحاجة، كأن تطلبي منهم مراقبة أطفالك أو حيواناتك الأليفة أو اصطحابك بالسيارة إلى الطبيب أو المتجر أو مساعدتك عندما تكونين مريضة؟
11. خلال الأسبوعين الماضيين، كم مرة شعرت بالضيق من عدم الاهتمام أو الاستمتاع بالقيام بأي شيء؟
 لم أشعر به على الإطلاق عدة أيام أكثر من نصف الأيام شبه يومي
12. خلال الأسبوعين الماضيين، كم مرة شعرت بالضيق بسبب الشعور بالإحباط أو الحزن أو اليأس؟
 لم أشعر به على الإطلاق عدة أيام أكثر من نصف الأيام شبه يومي
13. ما الذي تتناولينه؟ السجائر الكحول الماريجوانا أخرى: _____ لا شيء

يرجى قلب الصفحة

معلومات تملأ من جانب الموظف فقط	
Date: _____	WIC Staff Name: _____
WIC I.D. #: _____	Height _____ Weight _____ Pronto: Y N
Hgb/Hct in ISIS _____ YES: Date: _____	No: Referral given _____

14. هل أنت حامل في الوقت الحالي؟ نعم لا لا أعلم

15. متى تخططين للحمل ثانية؟ لا أخطط على الإطلاق خلال 0-6 أشهر خلال 7-12 شهرًا خلال عامين أو أكثر خلال عام - عامين

16. هل تستخدمين إحدى وسائل منع الحمل الآن: نعم لا قمت بإجراء عملية ربط قناة فالوب

إن كانت الإجابة بنعم، فأى وسيلة (وسائل) منع الحمل تستخدمين الآن؟
 لا أستخدام أيًا منها أقراص منع الحمل اللولب (IUD) مانع الحمل الغشائي (Diaphragm)/غطاء عنق الرحم
 (Cap)/الإسفنجة المهبلية (Sponge) الامتناع عن ممارسة الجنس الواقي الذكري (Condom)
 حقن ديبوبروفيرا (Depo Provera) الحلقة المهبلية (Nuva Ring)
 وسائل منع الحمل باعتماد التقويم/النظم قاتل الحيوانات المنوية (Spermicide) (رغوي/جيل) الانسحاب قبل القذف
 أخرى: _____

17. هل تستخدمين خدمات مشروع سبل الوصول والرعاية والعلاج وتنظيم الأسرة (PACT) (البطاقة الخضراء لبرامج الوصول للرعاية الصحية (Health Access Programs))؟ نعم لا لا أعلم

18. كم مرة تتناولين الطعام يوميًا؟ _____ وجبات _____ وجبات خفيفة

19. هل تلتزمين بنظام غذائي خاص؟ نعم لا إن كانت الإجابة بنعم فوضيحه _____

20. هل هناك أطعمة تحدين من تناولها أو لا تأكلينها؟ نعم لا إن كانت الإجابة بنعم فما هي؟ _____

21. ما الذي تتناولينه/تشربينه في أغلب الأحيان. (ضعي علامة على جميع ما ينطبق)

- ◆ ماء قهوة شاي مشروبات غازية عادية مشروبات غازية منخفضة السعرات الحرارية مشروب Gatorade
- ◆ عصير خليط عصير فاكهة مع الكحول أو Kool Aid كحول بيرة نبيذ
- ◆ فاكهة خضروات
- ◆ حليب: خالي الدسم، أو بنسبة دسم 1% أو 2% أو كامل الدسم منخفض اللاكتوز حليب الصويا حليب آخر
- ◆ جبن زبادي جبن قريش بوندج أو كاسترد توفو
- ◆ لحوم حمراء لحوم الدجاج لحوم الديك الرومي الأسماك (هوت دوج) مكسرات أو فاصوليا أو عدس بيض زبدة فول السوداني
- ◆ خبز حبوب تورتيلا أرز شعرية فطائر بيتزا خبز صغير مستدير بسكويت هش غير محلى
- ◆ حلوى بسكوت الكوكيز كعك دونات آيس كريم رقائق بطاطس محمرة أصابع بطاطس محمرة خبز مكسيكي محلى
- ◆ أخرى (اذكريها بقائمة)

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

For Staff Use Only:

Circle Chart

Family
Planning

Healthy
Weight