

POSTPARTUM WOMAN'S HEALTH AND DIET QUESTIONS

(أسئلة عن صحة المرأة ونظامها الغذائي بعد مرحلة الولادة)
(إدارة الخدمات الصحية والانسانية لولاية ميشيغان لولاية ميشيغان)

| | | | |
|-------------|------|--------------------------------------|--|
| تاريخ اليوم | أسمك | ما عدد الصفوف الدراسية التي أنهيتها؟ | هل أنت في الوقت الحاضر؟ متزوجة <input type="checkbox"/> غير متزوجة <input type="checkbox"/> |
|-------------|------|--------------------------------------|--|

الإجابة على السؤال التالي اختياري. سيستخدم جوابك لأغراض إعداد التقارير. وفي حال عدم إجابتك عليه، سيقوم طاقم الموظفين باختيار الإجابة عنك. إلا أن هذا لن يكون له أي تأثير على حصولك على المخصصات من برنامج WIC.

| | | |
|--|---|---|
| هل أنت من أصل هسباني (أسباني)؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | هل أنت من أصل عربي؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | ضعي علامة على كافة الاعراق التي تنطبق عليك أمريكية من الهنود الأمريكيين أو سكان الاسكا الأصليين آسيوية أمريكية من أصل أسود أو أفريقي من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الباسيفيكي الأخرى الأصليين بيضاء |
| متى كان تاريخ دورتك الشهرية (دورة الحيض) الأخيرة؟ الشهر/اليوم/السنة | متى كان موعد الولادة المرتقب الذي حدده الطبيب؟ الشهر/اليوم/السنة | متى ولد مولودك فعلاً؟ الشهر/اليوم/السنة |
| كم كان وزنك قبيل أن أصبحت حاملاً بهذا الطفل؟ (CDC) باوند _____ | كم ازداد وزنك خلال هذا الحمل؟ (CDC) باوند _____ | |

معلومات الحمل

| | |
|---|--|
| 1. كم مرة حملت بها في الماضي، بما فيه هذا الحمل؟ (مع احتساب أي إجهاض أو إسقاط أو إملاص - ولادة وليد ميت) كم مرة طال حملك 20 أسبوعاً أو أكثر قبل هذا الحمل؟ (CDC) لا شيء <input type="checkbox"/> عدد مرات الحمل <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> | كم طفلاً حياً لديك؟ _____ |
| إذا حملت من قبل، فما هو تاريخ انتهاء حملك الأخير؟ (تاريخ آخر ولادة، إجهاض، أو إسقاط أو إملاص - ولادة وليد ميت) كم شهراً مضى على حملك عند زيارتك الأولى للحصول على رعاية الحمل من طبيب أو ممرضة قابلة قانونية مجازة؟ (CDC) الشهر/اليوم/السنة _____ | 2. الشهر الأول <input type="checkbox"/> الشهر الثاني <input type="checkbox"/> الشهر الثالث <input type="checkbox"/> الشهر الرابع <input type="checkbox"/> الشهر الخامس <input type="checkbox"/> الشهر السادس <input type="checkbox"/> الشهر السابع <input type="checkbox"/> الشهر الثامن أو التاسع <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> بدون رعاية طبية <input type="checkbox"/> |
| 3. لا يتطلب منك الإجابة على كل من ال سؤال 3 و4 و5 و6 | |
| 4. يرجى وضع علامة على كل ما هو صحيح عن آخر حمل أو ولادة لك (ضعي علامة على كل ما هو ملائم): ولادة مبكرة - ولادة المولود قبل الموعد المأمول (36 أسبوعاً أو أقل من الحمل) <input type="checkbox"/> وزن المولود عند الولادة أقل من الوزن الطبيعي، كان وزن المولود عند الولادة 5 باوند و 8 <input type="checkbox"/> ولد المولود بتشوّه خلقي <input type="checkbox"/> تسمم الحمل / مقدمات الارتعاج <input type="checkbox"/> اختلال سكر الدم (الغلوكوز) على الريق أو اختلال تحمل سكر الدم (الغلوكوز) <input type="checkbox"/> | 5. يرجى وضع علامة على كل ما ذكر أعلاه على حالة لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على حالة <input type="checkbox"/> |
| 6. يرجى وضع علامة على كل ما هو صحيح عن أية ولادات سابقة قبل هذا الحمل: لم أحمل من قبل <input type="checkbox"/> سوابق مرضية بمرض مقدمات الارتعاج (بتشخيص من الطبيب) <input type="checkbox"/> | 7. كان وزن المولود عند الولادة 9 باوند أو أكثر من ذلك <input type="checkbox"/> لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على حالة <input type="checkbox"/> |

9. هل أخبرك طبيبك بأنك تعانيين من ارتفاع السكر في الدم (سكري الحمل) خلال فترة حملك الأخيرة؟ (CDC)

- نعم
 لا
 غير معروف

10. هل كنت تعانيين من ارتفاع ضغط الدم خلال فترة حملك الأخيرة؟ (CDC)

- نعم
 لا
 غير معروف

11. كم مولوداً ولد من هذا الحمل؟ (CDC)

- عدد المواليد (1-7)
 8 أو أكثر
 غير معروف

12. هل ولد هذا المولود حياً؟ نعم لا (CDC)

Note to Staff (لطاقم الموظفين فقط): Question #12 on the MI-WIC screen is not reflected exactly by question 12 above. Response to question 12 on the screen may trigger requirement for more information that you will complete on the المعلومات الطبية

1. الحالات الطبية/الاعتلالات والأمراض الحديثة سيعطيك طاقم موظفي برنامج WIC قائمة بالحالات الطبية لتقريبها.

2. هل تأخذين أي نوع من الأدوية (الموصوفة أو غير موصوفة من طبيب)، أو تتعاطين أي نوع من المخدرات التي تحصلين عليها من الشوارع؟

نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟

هل هناك أعراض جانبية لهذه الأدوية؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما هي؟

3. هل تعانيين من أية مشاكل في فمك/ أسنانك تؤدي إلى صعوبة في مضغ الطعام؟

نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما هي؟

4. هل تناولت أي نوع من الفيتامينات أو المعادن خلال الشهر السابق؟

نعم

لا

غير معروف

5. هل تستهلكين حامض الفوليك من أنواع طعام معززة به و/أو تأخذين يوماً حبوب حامض الفوليك المقوية؟

نعم لا غير معروف

6. كم سيجارة كنت تدخنين عموماً في اليوم خلال فترة الثلاثة شهور الأخيرة من حملك؟ (20 سيجارة = علبة واحدة) (CDC)

لم أدخن

عدد السجائر في اليوم (1-96)

97 سيجارة أو أكثر في اليوم

كنت أدخن ولكنني لا أعرف عدد السجائر التي كنت أدخنها في اليوم

غير معروف أو رفضت الإجابة على السؤال

7. كم سيجارة تدخنين عموماً الآن في اليوم؟ (CDC)

لا أدخن

عدد السجائر في اليوم (1-96)

97 سيجارة أو أكثر في اليوم

كنت أدخن ولكنني لا أعرف عدد السجائر التي كنت أدخنها في اليوم

غير معروف أو رفضت الإجابة على السؤال

8. هل أحد آخر من أهل البيت الذين يعيشون معك يدخلون داخل المنزل؟ (CDC)

نعم، يدخل شخص آخر داخل المنزل

كلا، لا يدخل أحد داخل المنزل

غير معروف

9. كم عدد المشروبات الكحولية التي كنت تشربينها عموماً في الأسبوع خلال الثلاثة الأخيرة من حملك (بيرة، نبيذ، مشروبات بنسبة عالية من الكحول، - "ليكر"، "واين كولا")؟ (CDC)
- لم أشرب المشروبات الكحولية
- عدد الكؤوس التي أشربها في الأسبوع (1-20) _____
- 21 كأساً أو أكثر في الأسبوع
- شربت المشروبات الكحولية ولكنني لا أعرف عددها
- غير معروف أو رفضت الإجابة على السؤال
10. يُرجى وضع علامة على كل ما هو صحيح حول عاداتك في شرب الكحول:
- لا أشرب المشروبات الكحولية
- أشرب أقل من كأسين من المشروبات الكحولية في اليوم
- أشرب كأسين أو أكثر في اليوم
- شربت 5 كؤوس أو أكثر في أحد أيام الشهر الماضي
- شربت 5 كؤوس أو أكثر في 5 أيام أو أكثر من أيام الشهر الماضي

تاريخ التغذية

1. هل قمت في السابق بإرضاع أي طفل من أطفالك رضاعة طبيعية؟ نعم لا
2. لا يتطلب الإجابة على السؤال 2
3. هل ترضعين في الوقت الحاضر طفلين (ليس توأمين) رضاعة طبيعية؟ نعم لا
4. كم عدد الوجبات الغذائية التي تأكلينها عادة في معظم الأيام؟ 0 1 2 3 4 5 أو أكثر
5. كم عدد وجبات المأكولات الخفيفة التي تأكلينها عادة في معظم الأيام؟ 0 1 2 3 4 5 أو أكثر
6. كم مرة تشربين الحليب أو تاكلين اللبن (يوغرت) أو الجبن في اليوم الواحد؟ 0 1 2 3 4 5 أو أكثر
7. هل تعتبرين أن شهيتك هي عادة: جيدة لا بأس بها ضعيفة
8. هل تمارسين نظاماً غذائياً خاصاً (وصفه الطبيب لك)؟ نعم لا
- إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟ _____
9. كم مرة في الأسبوع تأكلين الوجبات السريعة ("فاست فود")؟ 0 1 2 3 4 5 أو أكثر
10. هل تعانين من أي حساسية غذائية معينة؟ نعم لا
- إذا كان الجواب بنعم، فما هي؟ _____
11. هل تأكلين أو تشربين أيّاً من المأكولات أو المشروبات التالية كل يوم أو في معظم الأيام؟ (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)
- حليب ما نوعها؟ _____
- مشروبات غازية أو أنواع أخرى من المرطبات المحلاة
- حلويات أو مأكولات خفيفة مملحة
- حبوب كاملة
- فاكهة وخضراوات
12. هل تأكلين أو تشربين أيّاً من المأكولات أو المشروبات التالية؟ (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)
- عصير أو حليب خام (غير مبستر/ معقم)
- أجبان طرية (مثل فتا، كاممبيرت، بري، أجبان على الطراز المكسيكي مثل جبن "بلانكو"، "فريسكو" و"بانيللا")
- لحوم أو أسماك أو دواجن نيئة أو غير مستوية (ملوحة) أو بيض نيئ أو غير مستوي
- براعم حبوب نيئة
- توفو نيئ أو غير مستوي
- اللحوم المعجونة (باتيه) أو اللحوم المفروشة المبردة أو الأسماك المدخنة المبردة
- هوت دوغ ونقانق، لحوم غداء مجففة ("النش ميت") وغيرها من لحوم ("الدلي") المجففة التي لا يعاد تسخينها على حرارة عالية جداً
- سمك من أنهار وبحيرات ميشيغان
- لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على حالتي

13. هل كنت في السابق أو الآن؟ (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)

- تآكلين حسب نظام غذائي بحت
- تآكلين حسب نظام غذائي بسرعات حرارية قليلة لتخفيف الوزن
- خضعت لعملية جراحية لعلاج البدانة
- تآكلين حسب نظام غذائي بنسبة عالية من البروتين ونسبة منخفضة من السكريات (كاربوهيدرات) (مثل نظام أتكنز، وما شابه ذلك)
- تآكلين طعاماً قليلاً بسبب عملية جراحية أجريت على معدتك من أجل تخفيف الوزن
- تآكلين بشكل منتظم أشياء غير متعلقة بالطعام (رماد، ألياف السجاد، سجائر أو أعقاب السجائر، طين، غبار، مطاط رغوي، قشور الدهان، تراب، مساحيق تنظيف الغسيل أو نشا الذرة)
- تأخذين مقوي فيتامين أو معادن لتكميل نظامك الغذائي كل يوم
- ما نوعه؟ _____
- تأخذين مقوي أيودين لتكميل نظامك الغذائي كل يوم
- تستخدمين علاجات عشبية أو الشاي العشبي
- ما نوعها؟ _____
- تأخذين مقوي الفلورايد
- لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على حالتي

(لاستعمال طاقم موظفي البرنامج فقط)

Date

CPA Signature

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي والأنظمة والسياسات المعنية بالحقوق المدنية الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture: USDA)، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) وعلى وكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج USDA أو التي تقوم في إدارتها التمييز ضد الآخرين على أساس العرق أو اللون أو المنشأ الوطني أو الجنس أو الإعاقة أو العمر أو الانتقام أو الآثار لنشاط سابق بشأن الحقوق المدنية في أي برامج أو نشاطات تتولى USDA إدارته أو تمويله. ينبغي على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتطلبون وسائل بديلة من التواصل للحصول على معلومات حول البرامج (كالبريل، وطباعة النص بحروف كبيرة، وتسجيل المعلومات على شريط صوتي، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) الاتصال بالوكالة المعنية (على مستوى الولاية أو المستوى المحلي) أينما قاموا بتقديم طلباتهم للحصول على المعلومات حول البرامج متاحة في لغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. لإيداع شكوى ضد أي برنامج بشأن التمييز ضد أحد، ينبغي تعبئة USDA Program Discrimination Complaint Form (استمارة شكوى ضد أحد برامج USDA بشأن التمييز ضد أحد)، (رقم الاستمارة AD-3027) التي يمكن إيجادها على الموقع الإلكتروني التالي: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، وفي أي مكتب من مكاتب USDA، أو كتابة رسالة وإرسالها إلى USDA يُذكر فيها كافة المعلومات المطلوبة في الاستمارة. لطلب نسخة من استمارة الشكوى، يجب الاتصال برقم الهاتف (866) 632-9992. يجب إرسال الاستمارة بعد تعبئتها بشكل كامل أو الرسالة إلى USDA بإحدى الطرق التالية: عبر البريد بإرسالها إلى العنوان التالي: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410؛ أو عبر جهاز الفاكس على رقم الهاتف التالي: (202) 690-7442؛ أو عبر البريد الإلكتروني إلى العنوان التالي: program.intake@usda.gov هذه المؤسسة ملتزمة بتكافؤ الفرص في الأعمال التي تقدمها

لن تميز إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Health and Human Services: MDHHS) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو المعلومات الجينية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصورها الشخص لنفسه أو التعابير الجنسية التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز.

Authority: Act 368 PA 1978