INFANT HEALTH AND DIET QUESTIONS
(Birth through 1 year of age)
أسئلة صحية وغذائية بشأن الأطفال الرضّع
(الذين تتراوح أعمارهم من الولادة حتى بلوغ السنة الأولى)
Michigan Department of Health and Human Services

تاريخ اليوم	

اسم طفلكِ:	تاريخ ميلاد طفلكِ: الشهر/اليوم/ السنة	هل طفلكِ: ☐ صبي ☐ بنت

الإجابة على السؤال التالي اختياري. سيُستخدم جوابكِ لأغراض إعداد التقارير. وفي حال عدم إجابتكِ عليه، سيقوم طاقم الموظفين باختيار الإجابة عنكِ. إلا أن هذا لن يكون له أي تأثير على حصولكِ على المخصصات من برنامج WIC.

هل طفلكِ من أصل هسباني (اسباني) أو ☐ نعم ☐ لا	هل طفلكِ من أصل عربي؟ ☐ نعم ☐ لا
ضعي علامة على **كافة** الأعراق التي تنطبق على طفلكِ: ☐ أمريكي من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين ☐ آسيوية ☐ أمريكية من أصل أسود أو أفريقي ☐ من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الباسيفيكي الأخرى الأصليين ☐ أبيض	
ماذا كان وزن طفلكِ عند الولادة؟ _____ باوند _____ أونصة	ماذا كان طول طفلكِ عند الولادة؟ _____ إنش
متى ولد طفلكِ؟ الشهر/اليوم/ السنة _____	متى كان التاريخ المأمول للولادة؟ الشهر/اليوم/ السنة _____

Note to Staff :(لطاقم الموظفين فقط) Calculate Weeks gestation with client's response and validate with EDD/ADD if available.

المعلومات الطبية

1. **الحالات الطبية/**الاعتلالات والأمراض الحديثة سيعطيكِ طاقم موظفي برنامج WIC قائمة بالحالات الطبية لتقرئيها.

2. هل يأخذ طفلكِ أي **أدوية؟**
   ☐ نعم ☐ لا
   إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟ _____
   هل هناك أعراض جانبية لهذه الأدوية؟
   ☐ نعم ☐ لا
   إذا كان الجواب بنعم، فما هي؟ _____

3. هل نتج عن هذه الولادة: ☐ مولود واحد ☐ ثلاثة توائم ☐ توأم ☐ أكثر من 3

4. طول الأم: _____ قدم _____ إنش
5. وزن الأم: _____: باوند

ينبغي أن تكون الإجابة **من قبل الأم الطبيعية (التي أولدت الطفل)** فقط. ما هو طولكِ ووزنكِ الحالي؟ (**أو** إذا كنت حاملاً في الوقت الحاضر أو ولـدّت طفلاً في الشهور الستة الماضية، فماذا كان وزنك قبل ذلك الحمل؟)

6. طول الأب: _____ قدم _____ إنش
7. وزن الأب: _____ باوند

(ينبغي أن تكون الإجابة **من قبل الأب الطبيعي** فقط)

8. هل **يدخّن أحد من أهل بيتكِ** داخل المنزل؟ (CDC)
   ☐ نعم
   ☐ لا
   ☐ غير معروف

9. كم ساعة تقريباً جلس طفلكِ الأمس **أمام التلفزيون وشاهد البرامج التلفزيونية** أو لعب ألعاب الفيديو؟ (CDC)
   ☐ أكثر من صفر وأقل من ساعة واحدة
   ☐ ساعة واحدة
   ☐ ساعتان
   ☐ 3 ساعات
   ☐ 4 ساعات
   ☐ 5 ساعات أو أكثر
   ☐ لا شيء
   ☐ غير معروف

تبويب إحصائيات الرضاعة الطبيعية (CDC)

هل تمّ إرضاع هذا الطفل رضاعة طبيعية أو تمّ إطعامه حليباً طبيعياً في أي وقت مضى؟

☐ نعم
☐ لا
☐ غير معروف

هل يرضع هذا الطفل رضاعة طبيعية في الوقت الحالي؟

☐ نعم ☐ لا

كم كان عمر هذا الطفل **عند إرضاعه أو إطعامه للمرة الأولى** شيئاً غير الحليب الطبيعي؟

☐ إرضاع الطفل رضاعة طبيعية فقط **(ضعي علامة هنا إذا لم يتم إطعام أو إرضاع الطفل في السابق شيئاً غير الحليب الطبيعي)**

العمر: _____ شهور _____ أسابيع _____أيام ☐ غير معروف

نوع الطعام:

☐ سيريال
☐ حليب بقري
☐ حليب اصطناعي
☐ عصير الفاكهة
☐ خضار
☐ ماء
☐ لم تعطي معلومات بهذا الصدد

(أجبي على السؤال التالي إذا لم يعد يرضع طفلكِ الحليب الطبيعي)

كم كان عمر هذا الطفل عندما توقف كلياً عن الرضاعة الطبيعية أو إرضاعه الحليب الطبيعي؟

العمر: _____ شهور _____ أسابيع _____أيام ☐ غير معروف

سبب إنهاء الرضاعة الطبيعية:

☐ شرود الرضيع
☐ آلام في الثدي و/أو الحلمة
☐ عملاً بتوصية الطبيب
☐ مرض أو حالة الرضيع/الطفل
☐ قلة الدعم
☐ مسائل في التقاط الحلمة أو رفض الثدي
☐ قلّة درّ الحليب
☐ معاناة الأم من مرض أو جراحة
☐ الدواء
☐ خيار الأم لذلك
☐ العودة إلى المدرسة
☐ العودة إلى العمل
☐ التسنين
☐ غير ذلك _____
☐ لم تعطي معلومات بهذا الصدد

تاريخ التغذية

1. إذا كان يُرضّع رضاعة طبيعية، فكم كان عمر هذا الطفل عندما بدأ إطعامه **بشكل عادي** طعاماً غير الحليب الطبيعي؟

العمر: _____ شهور _____ أسابيع _____أيام ☐ غير معروف

أنواع خيارات الطعام:

☐ سيريال
☐ حليب بقري
☐ حليب اصطناعي
☐ لحوم
☐ فاكهة
☐ عصير
☐ خضار
☐ ماء

2. هل قال لكِ مقدم الرعاية الصحية أو الطبيب المسؤول عن طفلكِ أن طفلكِ الرضيع كان يعاني في الماضي أو يعاني حالياً من:

☐ داء الاصفرار (اليرقان)
☐ ضعف الرضيع في مص الحليب وإفراغه من الثدي
☐ قلّة في اكتساب الوزن
☐ زيادة جيدة في الوزن
☐ تغوّط (خروج) غير كافٍ بالنسبة للعمر
☐ لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على حالة طفلي

3. إذا كنت ترضعين طفلكِ، فمن يقوم بإنهاء جلسة الإرضاع؟

☐ الأم ☐ الطفل

4. هل يشرب طفلكِ الرضيع أحياناً حليباً طبيعياً معصوراً من الثدي موضوعاً في قنينة أو كأس أو غير ذلك؟

☐ نعم ☐ لا

5. هل تستخدمين الحليب المعصور من الثدي؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كان لديكِ أسئلة حول حفظ حليب الثدي، فيُرجى طرحها: _____

6. هل يشرب طفلك الحليب الاصطناعي (فورميولا) **الآن؟**

☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب بنعم، فما اسم الفورميولا: _____

7. إذا كنتِ تطعمين طفلك حليباً اصطناعياً، فما قدر الحليب الاصطناعي الذي يشربه عادة في كل جلسة إرضاع؟

_____ أونصة

8. إذا كنتِ تطعمين طفلكِ حليباً اصطناعياً، فهل يكون محفوظاً:

على درجة حرارة عادية لأكثر من ساعة واحدة (1)؟] نعم ☐ لا

في البرّاد (الثلاجة) لفترة أكثر من 48 ساعة؟ (لفترة 24 ساعة إذا كان الحليب بودرة)] نعم ☐ لا

9. هل لديكِ سبل الوصول إلى:

ماء نظيف لأجل تحضير الحليب الاصطناعي؟] نعم ☐ لا

برّاد (ثلاجة) لحفظ الحليب الاصطناعي أو الحليب الطبيعي؟] نعم ☐ لا

10. ما هو جهاز الطبخ الذي تستعملينه لتحضير الحليب الاصطناعي؟

☐ طبّاخ غاز أو كهرباء

☐ طبق ساخن

☐ جهاز المايكرويف

☐ غير ذلك _____

11. هل تمّ إعطاء طفلكِ قنينة حليب اصطناعي أو حليب معصور من الثدي متبقية من جلسة إطعام سابقة؟

☐ نعم ☐ لا

12. هل طفلكِ الرضيع؟ (ضعي علامة على كل ما هو ملائم):

☐ يأخذ معه قنينة الرضاعة إلى السرير عند النوم، أو أثناء نوم القيلولة، أو

☐ يشرب من قنينة مدعومة عند إطعامه

☐ يأكل من ملعقة

☐ يأكل السيريال أو طعام الرضّع من قنينة أو أي وسيلة لإطعام الرضّع

☐ يشرب ماء محلّى بالسكر

☐ يشرب العصير من قنينة الرضاعة

☐ يشرب مشروبات غازية من قنينة الرضاعة

☐ يستخدم القنينة طوال اليوم كلهّاية

☐ يرشف من كوب التدريب على الشرب طوال اليوم

☐ يأكل طعاماً لوحده بأصابع يديه

] يأخذ فيتامينات أو مقويات معدنية أو فيتامين د يومياً

ما نوعها؟ _____

] يستخدم علاجات عشبية أو الشاي

ما نوعها؟ _____

] يعاني من مشاكل في أسنانه وفمه

] لا يأكل إلا وجبات نباتية (بدون اللحوم أو مشتقاتها)

] يتبع نظاماً غذائياً خاصاً

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعه؟ _____

] تأخذين مقوّي الفلورايد

] لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على حالة طفلي

13. هل يشرب أو يأكل طفلكِ أي شيء بالإضافة إلى الحليب الطبيعي والحليب الاصطناعي (فورميولا) والماء؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب بنعم، فضعي علامة على كل شيء من الأشياء التالية التي يشربها أو يأكلها طفلك:

☐ حليب بدسم كامل أو خفيف الدسم

☐ لبن (يوغرت)

☐ شراب تقليد الحليب

☐ حليب ماعز أو غنم

☐ خضراوات

☐ لحوم

☐ فاكهة

☐ سيريال

☐ بسكويت التسنين

] طعام المائدة

] عشاء مشكّل

] هوت دوغ

] قهوة / شاي

] حلوى / كوكيز

] مثلجات (آيس كريم)

] حلوى / دونت

] بطاطس مقلية

] غير ذلك _____

14. هل يعاني طفلكِ من حساسية ضد أي نوع من أنواع الطعام؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب بنعم، فما _____

15. هل تضعي السكر أو العسل أو الشراب على اللهّاية؟

☐ نعم ☐ لا

16. هل يأكل أو يشرب طفلكِ الرضيع أيّ من المأكولات أو المشروبات التالية؟ (ضعي علامة على كل ما هو ملائم):

☐ عصير أو حليب خام (غير مبستر/ معقم)

☐ أجبان طريّة (مثل فتا، كاميمبيرت، بري، أجبان على الطراز المكسيكي مثل جبن "بلانكو"، "فريسكو" و"بانيللا")

☐ عسل

☐ هوت دوغ ونقانق، لحوم غداء مجففة ("لنش ميت") وغيرها من لحوم ("الدلي") المجففة التي لا يعاد تسخينها على حرارة عالية جداً

☐ لحوم أو أسماك أو دواجن نيّئة أو غير مستوية (ملوّحة) أو بيض نيّئ أو غير

☐ براعم حبوب نيّئة

☐ توفو نيئ أو غير مستوي

☐ لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على حالة طفلي

17. هل كانت أم هذا الطفل الرضيع تتعاطى المشروبات الكحولية أو المخدرات خلال حملها له؟

☐ نعم ☐ لا

18. هل تعاني أم هذا الطفل من تخلف عقلي؟

☐ نعم ☐ لا

19. هل تمّ إدخال طفلكِ الرضيع في بيت للتربية البديلة (فوستر كير) في الشهور الستة (6) الماضية؟

☐ نعم ☐ لا

20. هل يعاني أحد أفراد العائلة من إعاقة قد تسبب صعوبة في تنظيم أو تحضير الطعام لطفلك الرضيع؟

☐ نعم ☐ لا

(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)، يُحظّر 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 الثأر لنشاط سابق بشأن الحقوق المدنية في أي برامج أو نشاط تتولى USDA إدارته أو تمويله. ينبغي على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتطلّبون 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 المخصصات. ويجوز للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع الشديد أو من إعاقات في النطق الاتصال بـ USDA عبر خدمة المرحّل الفيدرالي على الرقم 877-8339 (800). إضافة إلى ذلك، قد تكون 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 9992-632 (866). 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: 7442-690 (202)؛ أو عبر البريد الإلكتروني إلى العنوان التالي: program.intake@usda.gov هذه المؤسسة ملتزمة بتكافؤ الفرص في الأعمال التي تقدمها.

لن تميّز إدارة الخدمات الصحية والانسانية 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 التوجّه 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