أسئلة صحية وغذائية بشأن الترخيص المتوسط للأطفال الرضّع
Infant - Mid-Certification Health and Diet Questions

Today's date: _____/_____/_____ Your baby's name _____
تاريخ اليوم اسم الطفل الرضيع

Medical Information Screen

مسح المعلومات الطبية

1. فيما يتعلق **بالحالات الطبية** والأمراض الحديثة: سيعطيكِ طاقم برنامج WIC قائمة بالحالات الطبية لتضعي علامة على الحالات الطبية التي يعاني منها طفلك.

1. **Medical conditions**/recent illnesses: WIC Staff will give you a list of medical conditions to review.

2. هل يأخذ طفلك أي **دواء؟** (ضعي علامة إذا كان الجواب بنعم) ☐ إذا كان الجواب بنعم، فما هي؟

2. Does your child take any **medicines:** (Check if yes) ☐ If yes, what kind?

هل هناك أعراض جانبية لهذه الأدوية؟ ☐ نعم إذا كان الجواب بنعم، فما هي؟ ☐ لا

Any side effects? ☐ Yes If yes, what? ☐ No

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

3. Was this a: ☐ single birth ☐ triplet birth ☐ twin birth ☐ more than 3

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

4. Mother's Height: ☐ ft ☐ in 5. Mother's Weight: ☐ lb

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

This should be answered by the **biological mother** only. What is your current height and weight? (OR if you are pregnant now or had a baby in the past 6 months, what was your weight before that pregnancy?)

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

6. Father's Height: ☐ ft ☐ in 7. Father's Weight: ☐ lb

ينبغي أن تكون الإجابة من قبل **الوالد الطبيعي** فقط.

This should be answered by the **biological father** only.

8. هل **يدخّن** أحد من **أهل دارك** داخل المنزل؟ (CDC)

8. Does anyone living in your **household smoke** inside the home? (CDC)

☐ نعم ☐ لا ☐ غير معروف

☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

9. كم ساعة تقريباً جلس طفلك الأمس **أمام التلفزيون** أو لعب ألعاب الفيديو؟ (CDC)

9. About how many hours did your child sit and **watch television** or videos yesterday? (CDC)

☐ أكثر من صفر وأقل من ساعة واحدة ☐ ساعة واحدة
☐ ساعتان ☐ 3 ساعات
☐ 4 ساعات ☐ 5 ساعات أو أكثر
☐ صفر ☐ غير معروف

☐ > 0 and < 1 hour ☐ 1 hour
☐ 2 hours ☐ 3 hours
☐ 4 hours ☐ 5 or more hours
☐ None ☐ Unknown

BF Statistics Tab (CDC) (CDC) **صحيفة إحصائيات الرضاعة الطبيعية**

هل تمّ إرضاع هذا الطفل رضاعة طبيعية أو تمّ إطعامه حليباً طبيعياً في أي وقت مضى؟
Was this child ever breastfed or fed breast milk?

☐ Yes ☐ No ☐ Unknown ☐ غير معروف ☐ لا ☐ نعم

Is this child currently breastfed? هل يرضع هذا الطفل رضاعة طبيعية في الوقت الحالي؟
☐ Yes ☐ No ☐ لا ☐ نعم

كم كان عمر هذا الطفل عند **إرضاعه أو إطعامه للمرة الأولى** شيئاً غير الحليب الطبيعي؟
How old was this child when he/she was **first fed** something other than breast milk?

☐ إرضاع الطفل رضاعة طبيعية فقط (**ضعي علامة هنا إذا لم يتم إطعام أو إرضاع الطفل في السابق شيئاً غير الحليب الطبيعي**)
☐ Exclusively Breastfed **(Check here if child has never had anything except breast milk)**

	شهور Months	أسابيع Weeks	أيام Days	
العمر Age:	☐	☐	☐	غير معروف ☐ Unknown

أصناف الطعام (ارسمي دائرة واحدة حول أحد الأطعمة التالية)
Type of Food (Circle One)

Cereal	سيريال
Cow's Milk	حليب بقري
Formula	حليب اصطناعي
Fruit Juice	عصير الفاكهة
No Information Provided	لم تعط معلومات بهذا الصدد
Vegetable	خضار
Water	ماء

(أجيبي على السؤال التالي إذا لم يعد يرضع طفلك الحليب الطبيعي)
كم كان عمر هذا الطفل عندما توقف كلياً عن الرضاعة الطبيعية أو إرضاعه الحليب الطبيعي؟
(Answer the next question if your child is no longer getting breast milk)
How old was this child when he/she completely stopped breastfeeding or being fed breast milk?

	شهور Months	أسابيع Weeks	أيام Days	
العمر Age:	☐	☐	☐	غير معروف ☐ Unknown

سبب إنهاء الرضاعة الطبيعية (ضعي دائرة واحدة حول أحد الأسباب التالية)
Reason Breastfeeding Ended (Circle One)

Baby distracted	شرود الرضيع
Breast/Nipple Pain	آلام في الثدي و/ أو الحلمة
Doctor recommended	عملاً بتوصية الطبيب
Infant/Child Illness/Condition	مرض أو حالة الرضيع / الطفل
Lack of Support	افتقار الدعم
Latch Issues/Refused Breast	مسائل في التقاط الحلمة أو رفض الثدي
Low Milk Supply	قلّة درّ الحليب
Maternal Illness/Surgery	معاناة الأم من مرض أو جراحة
Medication	الدواء
Mother's Preference	خيار الأم لذلك
No Information Provided	لم تعط معلومات بهذا الصدد
Other	غير ذلك
Return to School	عودة إلى المدرسة
Return to Work	عودة إلى العمل
Teething	تسنين

Nutrition History Screen **مسح معلومات التغذية**

1. إذا كان يُرضّع رضاعة طبيعية، فكم كان عمر هذا الطفل عندما بدأ إطعامه بشكل **عادي** طعاماً غير الحليب الطبيعي؟
1. If breastfed, how old was this child when he/she was **routinely** fed something other than breast milk?

☐ شهور /Months ☐ أسابيع / Weeks ☐ أيام / Days

Type of Food Choices: أنواع خيارات الطعام:

☐ Cereal ☐ Cow's milk ☐ Formula ☐ حليب اصطناعي ☐ حليب بقري ☐ سيريال
☐ Meat ☐ Fruit ☐ Juice ☐ عصير ☐ فاكهة ☐ لحم
☐ Vegetable ☐ Water ☐ ماء ☐ خضار

2. هل قال لك مقدم الرعاية الصحية أو الطبيب المسؤول عن طفلك أن طفلك الرضيع كان يعاني في الماضي أو يعاني حالياً من:
2. Has your baby's health care provider/doctor said that your baby has or had:

☐ Jaundice ☐ داء الاصفرار / اليرقان
☐ a weak suck ☐ ضعف في مص الحليب وإفراغه من الثدي
☐ poor weight gain ☐ قلة في زيادة الوزن
☐ good weight gain ☐ زيادة جيدة في الوزن
☐ has inadequate bowel movements for age ☐ تغوّط (خروج) غير كاف بالنسبة للعمر
☐ none apply ☐ لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على طفلي

3. إذا كنت ترضعين طفلك، فمن يقوم بإنهاء جلسة الإرضاع؟ ☐ الأم ☐ الرضيع
3. If breastfeeding who ends the nursing session? ☐ Mom ☐Child

4. هل يشرب طفلك أحياناً حليباً طبيعياً معصوراً من الثدي موضوعاً في قنينة أو كأس أو غير ذلك؟
(ضعي علامة إذا كان الجواب بنعم): ☐
4. Does your infant sometimes take expressed breast milk from a bottle, cup or other?
(Check if yes): ☐

5. إذا كنت تقومين بحفظ الحليب الطبيعي المعصور، فهل تطعمي طفلك حليباً طبيعياً طازجاً محفوظ في البراد (الثلاجة) لفترة أكثر من 72 ساعة؟
☐ نعم ☐ لا
5. If expressing breast milk, do you feed fresh breast milk stored in the refrigerator for longer than 72 hours?
☐ Yes ☐ No

6. هل يشرب طفلك الحليب الاصطناعي (فورميولا) **الآن؟** (ضعي علامة إذا كان الجواب بنعم): ☐
6. Is your infant drinking formula NOW? (Check if yes): ☐

إذا كان الجواب بنعم، فما اسم الفورميولا: ☐ If yes, Formula Name:

7. إن كنت تطعمين طفلك حليباً اصطناعياً، فما قدر الحليب الاصطناعي الذي يشربه عادة في كل جلسة إرضاع؟ ☐ أونس

7. If feeding formula, how much does your baby usually drink at a feeding? ☐ Ounces

8. إن كنت تطعمين طفلك حليباً اصطناعياً، فهل:

يكون محفوظاً على درجة حرارة عادية لأكثر من ساعتين (2)؟ ☐ نعم ☐ لا

يكون محفوظاً في البراد (الثلاجة) لأكثر من 48 ساعة؟ ☐ نعم ☐ لا

8. If feeding formula, is it stored:

At room temperature more than 2 hours? ☐ Yes ☐ No

In refrigerator more than 48 hours? ☐ Yes ☐ No

9. هل لديكِ:

سبل الوصول إلى ماء نظيف من أجل تحضير الحليب الاصطناعي؟ ☐ نعم ☐ لا

سبل الوصول إلى براد (ثلاجة) لحفظ الحليب الاصطناعي أو حليب الثدي؟ ☐ نعم ☐ لا

9. Do you have access to:

Safe water to prepare formula. ☐ Yes ☐ No

A refrigerator to store formula or breast milk. ☐ Yes ☐ No

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

☐ طبّاخ غاز أو كهرباء ☐ سخان صحني ☐ جهاز مايكرويف ☐ غير ذلك

10. Which appliances do you use to prepare formula?

☐ Stove/range ☐ Hot plate ☐ Microwave ☐ Other

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

☐ نعم ☐ لا

11. Has your baby been given a bottle of formula or expressed breast milk left over from a previous feeding?

☐ Yes ☐ No

12. Is your infant? (Check all that apply)

- ☐ Take a bottle to bed, nap or while lying down
- ☐ Drink from a bottle that is propped up when feeding
- ☐ Eat from a spoon
- ☐ Get cereal or infant food in a bottle/ infant feeder
- ☐ Receive sugar water
- ☐ Receive juice in a bottle
- ☐ Receive soda/pop in a bottle
- ☐ Use a bottle throughout the day as a pacifier
- ☐ Sip from a training cup throughout the day
- ☐ Eat finger foods
- ☐ Take a vitamin or mineral supplement daily
  What kind _____
- ☐ Use herbal supplement remedies or teas
  What kind _____
- ☐ Have any dental problems
- ☐ Consume a vegetarian diet
- ☐ Follow a special diet
  If yes, what type_____
- ☐ Take fluoride supplements
- ☐ None Apply

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

- ☐ يأخذ زجاجة الرضاعة معه إلى السرير عند النوم، أو أثناء نوم القيلولة، أو استلقائه للراحة
- ☐ يشرب من قنينة مدعومة عند إطعامه
- ☐ يأكل من ملعقة
- ☐ يأكل السيريال أو طعام الرضع من قنينة أو أي وسيلة لإطعام الرضع
- ☐ 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 فيتامين أو مقويات معدنية يومياً
  فما نوعها _____
- ☐ يأخذ مقويات عشبية أو وصفات شاي من الأعشاب الطبية
  ما نوعها _____
- ☐ يعاني من مشاكل في أسنانه
- ☐ لا يأكل إلا وجبات الخضار (بدون اللحوم أو مشتقاتها)
- ☐ يتبع نظاماً غذائياً خاصاً
  إذا كان الجواب بنعم، فما هو _____
- ☐ يأخذ مقويات الفلورايد
- ☐ لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على طفلي

13. هل يشرب أو يأكل طفلك 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:

13. Does your baby eat or drink anything besides breast milk, formula and water? ☐ Yes ☐ No
If yes, check what baby eats or drinks:

☐ Whole/low fat milk	☐ Table Food	طعام المائدة ☐	حليب بدسم كامل أو خفيف الدسم ☐
☐ Imitation milk	☐ Mixed Dinners	عشاء مشكّل ☐	حليب تقليد ☐
☐ Goat's/sheep's milk	☐ Hot dogs	هوت دوغ ☐	حليب ماعز أو غنم ☐
☐ Vegetable	☐ Coffee/tea	قهوة / شاي ☐	خضار ☐
☐ Meats	☐ Candy/cookies	حلوى / كوكيز ☐	لحوم ☐
☐ Fruit	☐ Ice cream	آيس كريم ☐	فاكهة ☐
☐ Cereal	☐ Chips/donuts	شيبس / دونت ☐	سيريال ☐
☐ Teething Biscuits	☐ French Fries	بسكويت التسنين ☐	بطاطا مقلية ☐
☐ Other _____		_____	أي شيء آخر ☐

14. هل يعاني طفلك من حساسية ضد أي نوع من أنواع الطعام؟ (ضعي علامة إذا كان الجواب بنعم) ☐

إذا كان الجواب بنعم، فما هي؟

14. Does your infant have any food allergies? (Check if yes) ☐ If yes, to what?

15. هل تضعين السكر أو العسل أو الشراب على اللهّاية؟ ☐ نعم ☐ لا

15. Do you use sugar, honey or syrup on a pacifier? ☐ Yes ☐ No

16. هل يأكل أو يشرب طفلك أيّاً من الأشياء التالية: (ضعي علامة على كل ما هو ملائم):

16. Does your infant eat or drink any of the following? (Check all that apply):

- ☐ Raw (unpasteurized) juice or milk
- ☐ Soft cheese (feta, camembert, brie, queso blanco, queso fresco, Panela)
- ☐ Honey
- ☐ Raw or undercooked (rare) meat, fish, poultry or eggs
- ☐ Raw sprouts or raw or undercooked tofu
- ☐ Hot dogs, lunchmeats, and other deli meats not reheated to steaming hot
- ☐ None apply

- ☐ عصير أو حليب خام (غير مبستر/ معقم)
- ☐ أجبان طريّة (مثل فتا، كاميمبيرت، بِري، أجبان على الطراز المكسيكي مثل جبن "بلانكو"، "فريسكو" و"بانيلا")
- ☐ عسل
- ☐ لحوم أو أسماك أو دواجن نيّة أو غير مستوية (ملوّحة) أو بيض نيّ أو غير مستوي
- ☐ براعم نيّة أو توفو نيّ أو غير مطبوخ
- ☐ هوت دوغ ونقانق، لحوم غداء مجففة ("لنش ميت") وغيرها من لحوم ("الدلي") المجففة التي لا يعاد تسخينها على حرارة عالية جداً
- ☐ لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على طفلي

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

17. Did the mother of this infant use alcohol or drugs during pregnancy? ☐ Yes ☐ No

18. هل تعاني أم هذا الطفل من قصور عقلي؟ ☐ نعم ☐ لا

18. Is the mother of this infant mentally impaired? ☐ Yes ☐ No

19. هل تمّ إدخال طفلك الرضيع في بيت للتربية البديلة (فوستر كير) في الشهور الستة (6) الماضية؟ ☐ نعم ☐ لا

19. Has your infant been in foster care in the past 6 months? ☐ Yes ☐ No

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

20. Does a family member have a disability that would make it difficult to plan or prepare food for your baby? ☐ Yes ☐ No

بموجب القانون الفيدرالي وعملاً بسياسة وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، تُمنع هذه المؤسسة من التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الجنس أو العمر أو الإعاقة والعجز. لرفع شكوى تمييزية، أكتبي إلى العنوان التالي: USDA, Director, Office of Adjudication and Compliance, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو اتصلي بالرقم 3272-795 (800) (صوت) أو برقم المبرقة الكاتبة 6382-720 (202) (TTY). تتقيد وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) بالمساواة في تقديم الخدمات وفرص التوظيف.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:
mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; or email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.

Staff Notes (لاستعمال طاقم موظفي البرنامج فقط)

CPA Signature _____ **Date** _____