

CHILD HEALTH AND DIET QUESTIONS
(أسئلة عن صحة الطفل ونظامه الغذائي)
THROUGH 4 YEARS OF AGE 1 - الذين تتراوح أعمارهم من سنة واحدة إلى أربعة سنوات)
 Michigan Department of Health and Human Services (إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان)

	تاريخ اليوم
هل طفلك: <input type="checkbox"/> صبي <input type="checkbox"/> بنت	أسمك _____
تاريخ ميلاد طفلك: _____	

الإجابة عن 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 طفلك من أصل هسباني أو لاتيني؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	العرق: اختاري واحداً أو أكثر من التالي: أمريكي(ة) من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي(ة) <input type="checkbox"/> أمريكي(ة) من أصل أسود أو أفريقي <input type="checkbox"/> من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الباسيفيكي الأخرى الأصليين <input type="checkbox"/>
أبيض <input type="checkbox"/> أوروبي(ة) <input type="checkbox"/> منحدر(ة) من منطقة شمال أفريقيا <input type="checkbox"/> من أصل شرق أوسطي <input type="checkbox"/>	
ماذا كان وزن طفلك عند الولادة؟ باوند _____ أونصة _____	متى كان التاريخ المرتقب للولادة؟ الشهر/اليوم/السنة _____

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

المعلومات الطبية

1. الحالات الطبية/الاعتلالات والأمراض الحديثة: _____
2. هل يتناول طفلك الأدوية؟
 نعم لا
 إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟ _____
- هل هناك أعراض جانبية لهذه الأدوية؟
 نعم لا
 إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟ _____
3. هل يعاني من مشاكل الأسنان التي تؤثر على تناول الطعام؟
 نعم لا
 إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟ _____
4. طول الأم _____ قدم _____ إنش _____
 وزن الأم _____ باوند _____
- ينبغي أن تكون الإجابة من قبل الأم الطبيعية التي ولدت الطفل فقط. ما هو طولك ووزنك في الوقت الحاضر؟ (أو إذا كنت حاملاً في الوقت الحاضر أو ولدت طفلاً في الشهور الستة الماضية، فماذا كان وزنك قبل ذلك الحمل؟)
5. طول الأب _____ قدم _____ إنش _____
 وزن الأب: _____ باوند _____
- ينبغي أن تكون الإجابة من قبل الأب الطبيعي فقط.
6. هل يدخن أحد داخل المنزل من أهل البيت الذين يعيشون معك؟
 نعم لا غير معروف
7. كم ساعة تقريباً جلس طفلك أمس أمام التلفزيون وشاهد برامجاً تلفزيونية أو لعب ألعاب الفيديو؟
 أكثر من صفر وأقل من ساعة واحدة
 ساعة واحدة
 ساعتان
 3 ساعات
 4 ساعات
 5 ساعات أو أكثر
 لا شيء
 غير معروف

معلومات عن الرضاعة الطبيعية

1. هل تمّ إرضاع هذا الطفل رضاعة طبيعية من الثدي أو تمّ إرضاعه حليباً من الثدي بتقنية رضاعة في أي وقت مضى حتى لو كان ذلك لفترة قصيرة من الزمن؟
 نعم لا غير معروف
 2. هل يرضع هذا الطفل رضاعة طبيعية من الثدي أو يرضع حليباً من الثدي بتقنية رضاعة في الوقت الحاضر؟
 نعم لا
 3. هل تمّ إرضاع هذا الطفل أي حليب اصطناعي (فورميولا) في المستشفى؟
 نعم لا غير معروف
 - 3a. هل يتمّ إطعام هذا الطفل أي شيء آخر غير حليب الثدي؟
 نعم لا
 4. كم كان عمر هذا الطفل عند إرضاعه أو إطعامه للمرة الأولى شيئاً غير الحليب الطبيعي؟
 العمر _____ شهر _____ أسابيع _____ أيام غير معروف
 5. كم كان عمر هذا الطفل عندما توقّف كلياً عن الرضاعة الطبيعية أو إرضاعه الحليب الطبيعي؟
 العمر _____ شهر _____ أسابيع _____ أيام غير معروف
- سبب إنهاء الرضاعة الطبيعية:
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> كان طفلي يعاني من صعوبة في التقام الحلمة أو الرضاعة من الثدي | [| شعرت أنه كان الوقت المناسب للتوقّف عن الرضاعة الطبيعية |
| <input type="checkbox"/> حليب الثدي لوحده لم يُشبع طفلي | [| أصبحت مريضة أو اضطررت للتوقّف لأسباب صحيّة |
| <input type="checkbox"/> ظننتُ أن طفلي لم يكتسب وزناً كافياً | [| عدتُ إلى العمل |
| <input type="checkbox"/> أحلّ بحلمتيّ التقرّح أو التشقّق أو النزيف أو أصبحتا مؤلمتين جداً | [| عدتُ إلى المدرسة |
| <input type="checkbox"/> ظننتُ أنني لم أدرّ حليباً كافياً أو أن حليبي قد جفّ | [| قلّة الدعم والمساندة |
| <input type="checkbox"/> كان لديّ العديد من الواجبات المنزلية الأخرى | [| كان طفلي يعاني من مرض أو حالة طبيّة |
| | [| نصحني الطبيب أن استخدم حليب غذاء تكميلي بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية أو الفطام |
| | [| غير ذلك _____ |

تاريخ التغذية

1. عدد الوجبات الغذائية في اليوم: _____ عدد
2. عدد الوجبات الخفيفة في اليوم: _____ عدد
3. عدد أونصات الحليب في اليوم: _____ أونصة
4. عدد أونصات العصير في اليوم: _____ أونصة
5. الشهية:
 جيّدة لا بأس بها ضعيفة
6. نظام غذائي خاص:

7. الوجبات السريعة ("فاست فود") في الأسبوع:

- 0 1 2 3 4 5 أو أكثر

8. المعاناة من أي حساسية من الطعام:

- نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟

10. يتناول كل يوم أو في معظم الأيام (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)

- | | | |
|--|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> حليب مقشود الدسم أو بنسبة دسم 2/1% أو 1% | [| طعام للأطفال الرضّع فقط |
| <input type="checkbox"/> بدائل الحليب المعزز بشكل غير كاف (أرز، صويا، وما إلى ذلك) | [| لا ينطبق أيّ منها |
| <input type="checkbox"/> مشروبات غازية، كول-أيد، مشروبات رياضية، وما إلى ذلك | | |

<p>11. ضعي علامة على كل ما هو ملائم</p> <p><input type="checkbox"/> عصير أو حليب خام غير مُبستر/معمَّم</p> <p><input type="checkbox"/> أجبان طرية</p> <p><input type="checkbox"/> لحوم أو أسماك أو دواجن أو بيض نيئ أو مطبوخ قليلاً (غير مستوي)</p> <p><input type="checkbox"/> سمك من أنهار وبحيرات ميشيغان</p> <p>12. (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)</p> <p><input type="checkbox"/> يستخدم قنينة الرضاعة</p> <p><input type="checkbox"/> يستلقي للنوم وقنينة الرضاعة بين يديه</p> <p><input type="checkbox"/> قنينة الرضاعة بحوزته طوال اليوم</p> <p><input type="checkbox"/> يتناول السيريبال/الطعام من قنينة الرضاعة</p> <p>13. (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)</p> <p><input type="checkbox"/> يأكل حسب نظام غذائي نباتي</p> <p><input type="checkbox"/> يأكل حسب نظام غذائي بسعرات حرارية قليلة لتخفيف الوزن</p> <p><input type="checkbox"/> اشتهاه ومضغ المواد التي ليس لها قيمة غذائية (PICA)</p> <p><input type="checkbox"/> عليه أن يتناول الطعام حتى ولو كان لا يريد أن يأكل</p> <p><input type="checkbox"/> لا يأكل إلا بإطعامه بالملعقة</p> <p><input type="checkbox"/> يتعرّض للاختناق في كثير من الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> يتعرّض للاختناق في كثير من الأحيان</p> <p>14. هل تمّ إدخال الطفل في بيت للتربية البديلة (فoster كير) في الشهور الستة (6) الماضية؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>15. هل يعاني القائم برعاية الطفل من أيّ من التالي أو في عمر كما هو مذكور أدناه؟ (توضع علامة على كل ما هو ملائم)</p> <p><input type="checkbox"/> اضطراب تعاطي المواد المخدرة</p> <p><input type="checkbox"/> حالة صحّية عقلية (نفسية)</p> <p><input type="checkbox"/> إعاقة عقلية</p> <p><input type="checkbox"/> إعاقة جسدية</p> <p><input type="checkbox"/> 17 عاماً من العمر أو أصغر من ذلك</p> <p><input type="checkbox"/> لا ينطبق أيّ منها</p>	<p>براعم حبوب نيئة</p> <p>هوت دوغ ونفانق، لحوم غداء مجففة ("النش ميت") وغيرها من لحوم ("الدلي") المجففة التي لا يُعاد تسخينها لتكون ساخنة جداً</p> <p>لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على طفلي</p> <p>يشرب العصير من قنينة الرضاعة</p> <p>يرشف من كوب التدريب على الشرب طوال اليوم</p> <p>اللهاية محلّاة بالعتسل وما إلى ذلك.</p> <p>لا ينطبق أيّ منها</p> <p>يتناول مقوّي الفلورايد</p> <p>يتناول فيتامينات/معادن/فيتامين D</p> <p>ما نوعها؟</p> <p>خضع سابقاً لعملية جراحية لعلاج البدانة</p> <p>يتناول علاجات عُشبية/شاي عُشبي</p> <p>ما نوعها؟</p> <p>لا ينطبق أيّ منها</p>
<p>16. Did you provide MIHP Service for this client during this visit? (هل قمت بتقديم خدمة MIHP لهذه العميلة خلال هذه الزيارة)؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>	

16. Did you provide MIHP Service for this client during this visit? (هل قمت بتقديم خدمة MIHP لهذه العميلة خلال هذه الزيارة)؟

نعم لا

<p>Staff Notes (استخدام طاقم الموظفين فقط)</p>	
<p>CPA Signature</p>	<p>Date</p>

لن تميّز إدارة الصحة والخدمات الإنسانية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Health and Human Services: MDHHS) ضد أي فرد أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو الأصل الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو المعلومات الجينية، أو الجنس، أو التوجّه الجنسي، أو الهوية الجنسية أو التعبير، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة.

Authority: Act 368 PA 1978

هذه المؤسسة ملتزمة بتكافؤ الفرص في الأعمال التي تقدمها.