

INFANT – MID-CERTIFICATION HEALTH AND DIET QUESTIONS

أسئلة صحية وغذائية بشأن الترخيص المتوسط للأطفال الرضع

Michigan Department of Health and Human Services (وزارة الصحة والخدمات البشرية لولاية ميشيغان)

تاريخ اليوم

اسم طفلك الرضيع

المعلومات الطبية

1. الحالات الطبية/الاعتلالات والأمراض الحديثة سيعطيك طاقم موظفي برنامج WIC قائمة بالحالات الطبية للاطلاع عليها.
2. هل يتناول طفلك الأدوية؟

لا نعم

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟

لا نعم

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟

3. هل نتج عن هذه الولادة ولادة:

أكثر من 3

ثلاثة توأم

توأم

مولود واحد

5. وزن الأم

باوند _____

4. طول الأم

قدم _____ إنش _____

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؟)

7. وزن الأب:

باوند _____

6. طول الأب

قدم _____ إنش _____

ينبغي أن تكون الإجابة من قبل الأب الطبيعي فقط.

8. هل يدخن أحد من أهل بيتك داخل المنزل؟

لا نعم غير معروف

9. كم ساعة تقريباً جلس طفلك الأمام 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 تم إرضاع هذا الطفل رضاعة طبيعية من الثدي أو تم إرضاعه حليباً من الثدي بقتينة رضاعة في أي وقت مضى حتى لو كان ذلك لفترة قصيرة من الزمن؟

لا نعم غير معروف

2. هل يرضع هذا الطفل رضاعة طبيعية من الثدي أو يرضع حليباً من الثدي بقتينة رضاعة في الوقت الحاضر؟

لا نعم

3. هل تم إرضاع هذا الطفل أي حليب اصطناعي (فورميولا) في المستشفى؟

لا نعم غير معروف

- a3. هل يتم إطعام هذا الطفل أي شيء آخر غير حليب الثدي؟

لا نعم

4. كم كان عمر هذا الطفل عند إرضاعه أو إطعامه للمرة الأولى شيئاً غير الحليب الطبيعي (أي حليب اصطناعي، ماء، سيريال للرضع)؟

العمر: _____ شهور _____ أسابيع _____ أيام غير معروف

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

العمر _____ شهر _____ أسابيع _____ أيام غير معروف

سبب أو أسباب إنهاء الرضاعة الطبيعية:

- | | | | |
|--------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> | كان طفلي يعاني من صعوبة في التقاط الحلمة أو الرضاعة من الثدي | [| أصبحت مريضة أو اضطررت للتوقف لأسباب صحية |
| <input type="checkbox"/> | حليب الثدي لوحده لم يُشبع طفلي | [| عدت إلى العمل |
| <input type="checkbox"/> | ظننت أن طفلي لم يكتسب وزناً كافياً | [| عدت إلى المدرسة |
| <input type="checkbox"/> | أحلّ بلمتّي التقرّح أو التشقّق أو النزيف أو أصبحت مؤلمتين جداً | [| قلّة الدعم والمساندة |
| <input type="checkbox"/> | ظننت أنني لم أدرّ حليباً كافياً أو أن حليبي قد جفّ | [| كان طفلي يعاني من مرض أو حالة طبيّة |
| <input type="checkbox"/> | كان لديّ العديد من الواجبات المنزلية الأخرى | [| نصحتني الطبيبة أن استخدم حليب غذاء تكميلي بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية أو الفطام |
| <input type="checkbox"/> | شعرت أنه كان الوقت المناسب للتوقف عن الرضاعة الطبيعية | [| غير ذلك _____ |

تقييم الرضاعة الطبيعية

1. ما هي بعض الأشياء التي تبحثين عنها عندما تحاولين أن تقرّري ما إذا كان طفلك يحصل على ما يكفي من الطعام؟

- | | | | |
|--------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | لا أبحث عن إشارات الجوع أو الشبع | [| إذا كنتِ ترضعين طفلك رضاعة طبيعية، قوة امتصاص الرضيع الحليب وإفراغه من الثدي ضعيفة أو غير فعّالة. |
| <input type="checkbox"/> | أقلّ من 4 حفاضات متسخة في اليوم (إذا كان عمر الطفل من 4 أيام إلى شهرين) | [| إذا كنتِ ترضعين طفلك رضاعة طبيعية، يواجه الطفل صعوبة في التقاط الحلمة |
| <input type="checkbox"/> | أقلّ من 6 حفاضات مبللة بالبول يومياً | [| لا يشبع الطفل بعد الأكل |
| <input type="checkbox"/> | أقلّ من 8 مرات من الرضاعة كل يوم (إذا كان عمر الطفل أقل من شهرين) | [| لا ينتابني أي قلق لهذا الشأن |

2. يعاني أو عانى طفلي الرضيع من:

- | | | | |
|--------------------------|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | داء الاصفرار (اليرقان) | [| زيادة جيدة في الوزن |
| <input type="checkbox"/> | ضعف الرضيع في مص الحليب وإفراغه من الثدي | [| تغوّط (خروج) غير كافٍ بالنسبة للعمر |
| <input type="checkbox"/> | قلّة في اكتساب الوزن | [| لا ينطبق أيّ منها |

الأم نعم لا
الطفل نعم لا

3. إذا كنتِ ترضعين طفلك، فمن يقوم بإنهاء جلسة الإرضاع؟

4. هل يشرب طفلك الرضيع أحياناً حليباً مشفوطاً من الثدي؟

أخبريني كيف تخزنين حليب الثدي بعد ضخه.

5. هل يتناول طفلك الرضيع حليباً اصطناعياً (فورميولا)؟

نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما اسم الحليب الاصطناعي (فورميولا)

6. هل لديك سُبُل الوصول إلى:

ماء نظيف لأجل تحضير الحليب الاصطناعي؟ نعم لا
بزاد (تلاجة) لحفظ الحليب الاصطناعي أو الحليب الطبيعي؟ نعم لا

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

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | طبّاخ غاز أو كهرباء | [| جهاز المايكرويف |
| <input type="checkbox"/> | سخّان صحي | [| غير ذلك _____ |

8. هل ترضعين طفلك ما تبقى من حليب اصطناعي (فورميولا) أو حليب طبيعي؟

نعم لا

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

- | | | | |
|--------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> | يأخذ معه قنينة الرضاعة إلى السرير عند النوم، أو أثناء نوم القيلولة، أو استلقائه للراحة | [| يتناول فيتامينات أو مقويات معدنية أو فيتامين د يومياً |
| <input type="checkbox"/> | يشرب من قنينة مدعومة عند إطعامه | [| ما نوعها؟ _____ |
| <input type="checkbox"/> | يأكل من ملعقة | [| يستخدم علاجات عشبية أو الشاي العشبي |
| <input type="checkbox"/> | يأكل السيريّل أو طعام الرضّع من قنينة أو أي وسيلة لإطعام الرضّع | [| ما نوعها؟ _____ |
| <input type="checkbox"/> | يشرب ماء محلى بالسكر | [| يعاني من مشاكل في أسنانه وفمه |
| <input type="checkbox"/> | يشرب العصير من قنينة الرضاعة | [| يأكل حسب نظام غذائي نباتي |

<input type="checkbox"/>	يشرب مشروبات غازية من قنينة الرضاعة	<input type="checkbox"/>	يأكل حسب نظام غذائي نباتي
<input type="checkbox"/>	يستخدم القنينة طوال اليوم كنهاية	<input type="checkbox"/>	إذا كانت الإجابة بنعم، فما
<input type="checkbox"/>	يرشف من كوب التدريب على الشرب طوال اليوم	<input type="checkbox"/>	يتناول مقوي الفلورايد
<input type="checkbox"/>	يأكل طعاماً لوحده بأصابع يديه	<input type="checkbox"/>	لا ينطبق أيّ منها
10. ضع علامة على كل شيء من الأشياء التالية التي يشربها أو يأكلها طفلك:			
<input type="checkbox"/>	حليب بدسم كامل أو خفيف الدسم	<input type="checkbox"/>	طعام المائدة
<input type="checkbox"/>	لبن (يوغرت)	<input type="checkbox"/>	عشاء مشكل
<input type="checkbox"/>	شراب تقليد الحليب	<input type="checkbox"/>	هوت دوغ / نقانق
<input type="checkbox"/>	حليب ماعز أو غنم	<input type="checkbox"/>	قهوة / شاي
<input type="checkbox"/>	خضار	<input type="checkbox"/>	حلوى / كوكيز
<input type="checkbox"/>	لحوم	<input type="checkbox"/>	آيس كريم
<input type="checkbox"/>	فاكهة	<input type="checkbox"/>	حلوى / دونت
<input type="checkbox"/>	حبوب الإفطار ("سيريال")	<input type="checkbox"/>	بطاطس مُقلّية
<input type="checkbox"/>	بسكويت التسنين	<input type="checkbox"/>	غير ذلك
11. هل يعاني طفلك من أي حساسية من الطعام؟			
<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟			
12. هل تضعي السكر أو العسل أو الشراب على اللهاية؟			
<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
13. هل يأكل أو يشرب طفلك الرضيع أيّ من المأكولات أو المشروبات التالية؟ (ضع علامة على كل ما هو ملائم)			
<input type="checkbox"/>	عصير أو حليب خام (غير مُبستر/مُعَمَّم)	<input type="checkbox"/>	هوت دوغ ونقانق، لحوم غداء مجففة ("لنش ميت") وغيرها من لحوم ("الدلي") المجففة التي لا يعاد تسخينها على حرارة عالية جداً
<input type="checkbox"/>	أجبان طرية (مثل فتا، كاميمبيرت، بري، أجبان على الطراز المكسيكي مثل جبن "بلانكو"، "فريسكو" و"بانيللا")	<input type="checkbox"/>	لحوم أو أسماك أو دواجن أو بيض نيئ أو مطبوخ قليلاً (غير مستوي)
<input type="checkbox"/>	عسل	<input type="checkbox"/>	براعم حبوب نيئة
<input type="checkbox"/>	حليب بشري متبرّع به (يُحصل عليه مباشرة من الأفراد أو عبر الإنترنت)	<input type="checkbox"/>	لا ينطبق أيّ منها
14. هل تمّ إدخال طفلك الرضيع في بيت للتربية البديلة (فoster كير) في الشهور الستة (6) الماضية؟			
<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
15. هل يعاني القائم برعاية الطفل من أيّ من التالي أو في عمر كما هو مذكور أدناه؟ (توضع علامة على كل ما هو ملائم)			
<input type="checkbox"/>	اضطراب تعاطي المواد المخدرة	<input type="checkbox"/>	إعاقة جسدية
<input type="checkbox"/>	حالة صحية عقلية (نفسية)	<input type="checkbox"/>	17 عاماً من العمر أو أصغر من ذلك
<input type="checkbox"/>	إعاقة عقلية	<input type="checkbox"/>	لا ينطبق أيّ منها
16. Did you provide MIHP Service for this client during this visit? (هل قمت بتقديم خدمة MIHP لهذه العميلة خلال هذه الزيارة)؟			
<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا

CPA Signature	Date
---------------	------

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.