

INFANT HEALTH AND DIET QUESTIONS (أسئلة صحية وغذائية بشأن الأطفال الرضع)
BIRTH THROUGH 1 YEAR OF AGE - للذين تتراوح أعمارهم من الولادة حتى بلوغ السنة الأولى)
 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: <input type="checkbox"/> أمريكي(ة) من الهنود الأمريكيين أو سكان الأسكا 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"/> منحدر(ة) من منطقة الشرق الأوسط
----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ماذا كان وزن طفلك عند الولادة؟ _____ باوند _____ أونصة	ماذا كان طول طفلك عند الولادة؟ _____ إنش
متى كان التاريخ المرتقب للولادة؟ الشهر/اليوم/السنة _____	

Note to Staff (طاقم الموظفين فقط):

Calculate Weeks gestation with client's response and validate with EDD/ADD if available.

المعلومات الطبية

1. الحالات الطبية/الاعتلالات والأمراض الحديثة سيعطيك طاقم موظفي برنامج WIC قائمة بالحالات الطبية للاطلاع عليها.
2. هل يتناول طفلك أي أدوية؟
 نعم لا
 إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟

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

3. هل نتج عن هذه الولادة ولادة:
 مولود واحد توأم ثلاثة توأم أكثر من 3
4. طول الأم _____ قدم _____ إنش
 5. 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؟)
6. طول الأب _____ قدم _____ إنش
 7. وزن الأب: _____ باوند
- ينبغي أن تكون الإجابة من قبل الأب الطبيعي فقط.
8. هل يدخن أحد داخل المنزل من أهل البيت الذين يعيشون معك؟
 نعم لا غير معروف
9. 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 بقتينة 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 بقتينة رضاعة في الوقت الحاضر؟
 نعم لا
 3. هل تمّ إرضاع هذا الطفل أي حليب اصطناعي (فورميولا) في المستشفى؟
 نعم لا غير معروف
 - a3. 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"/> ظننت أن طفلي لم يكتسب وزناً كافياً | [| عدت إلى العمل |
| <input type="checkbox"/> أحلّ بحلمتي التقرّح أو التشقّق أو النزيف أو أصبحتا مؤلمتين جداً | [| عدت إلى المدرسة |
| <input type="checkbox"/> ظننت 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 _____ |

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؟
 لا أبحث عن إشارات الجوع أو الشبع
- إذا كنتِ ترضعين طفلك رضاعة طبيعية، قوة امتصاص الرضيع الحليب وإفراغه من الثدي ضعيفة أو غير فعّالة.
- 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 التقام الحلمة
- أقلّ من 6 حفاضات مبللة بالبول يومياً
- لا يشبع الطفل بعد الأكل
- أقلّ من 8 مرات من الرضاعة كل يوم (إذا كان عمر الطفل أقل من شهرين)
- لا يبتابني أي قلق لهذا الشأن

تاريخ التغذية

1. يعاني أو عانى طفلي الرضيع 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 أيّ منها
2. إذا كنتِ ترضعين طفلك رضاعة طبيعية، فمن يقوم بإنهاء جلسة الإرضاع؟
 الأم الطفل
3. هل يشرب طفلك الرضيع أحياناً حليباً مشفوطاً من الثدي؟
 نعم لا
- أخبريني كيف تخزين حليب الثدي بعد ضخه.

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

نعم لا

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

5. هل لديك سُبُل الوصول إلى:

نعم لا
 نعم لا

ماء نظيف لأجل تحضير الحليب الاصطناعي؟

بزاد (ثلاجة) لحفظ الحليب الاصطناعي أو الحليب الطبيعي؟

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

طبّاخ غاز أو كهرباء
 سخّان صخني
جهاز المايكرويف
غير ذلك

نعم لا

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

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

يستلقي في السرير وقتينة الرضاعة بحوزته

يشرب من قنينة مدعومة عند إطعامه

يأكل من ملعقة

يتناول السيريال/الطعام من قنينة الرضاعة

يشرب ماء محلى بالسكر

يشرب العصير من قنينة الرضاعة

يشرب مشروبات غازية من قنينة الرضاعة

قنينة الرضاعة بحوزته طوال اليوم

يرشف من كوب التدريب على الشرب طوال اليوم

يأكل طعاماً لوحده بأصابع يديه

يتناول مكملات فيتامينات/معادن/فيتامين D

ما نوعها؟

يتناول علاجات عشبية/شاي عشبي

ما نوعها؟

يعاني من مشاكل في أسنانه

يأكل حسب نظام غذائي نباتي

يأكل حسب نظام غذائي خاص

لماذا وما نوعها؟

يتناول مقوي الفلورايد

لا ينطبق أيّ منها

9. ضع علامة على كل شيء من الأشياء التالية التي يشربها أو يأكلها طفلك:

حليب بدسم كامل أو خفيف الدسم

شراب تقليد الحليب

حليب ماعز أو غنم

خضار

لحوم

فاكهة

حبوب الإفطار ("سيريال")

بسكويت التسنين

طعام المائدة

عشاء مشكل

هوت دوغ/نقانق

قهوة/شاي

حلوى/كوكيز

آيس كريم

حلوى/دونت

بطاطس مقليّة

غير ذلك

نعم لا

10. هل يعاني طفلك من أي حساسية من الطعام؟

نعم لا

11. هل تضعي السكر أو العسل أو الشراب على اللهاية؟

12. ضع علامة على كل ما هو ملائم:

عصير أو حليب غير مُبَسَّر (معمّم)

أجبان طريّة

عسل

حليب بشري مُتبرّع به (يُحصل عليه مباشرة من الأفراد أو عبر الإنترنت)

هوت دوغ/نقانق، لحوم غداء مجفّقة ("النش ميت") التي لا يُعاد تسخينها على

لحوم أو أسماك أو دواجن أو بيض نيئ أو مطبوخ قليلاً (غير مستوي)

براعم حبوب نيّنة

لا ينطبق أيّ منها

نعم لا

13. هل تمّ إدخال طفلك الرضيع في بيت للتربية البديلة (فoster كير) في الشهور الستة (6) الماضية؟

14. هل يعاني القائم برعاية الطفل من أيّ من التالي أو في عمر كما هو مذكور أدناه؟ (توضع علامة على كل ما هو ملائم)

إعاقة جسديّة

اضطراب تعاطي المواد المخدّرة

17 عاماً من العمر أو أصغر من ذلك

حالة صحيّة عقليّة (نفسية)

لا ينطبق أيّ منها

إعاقة عقليّة

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

نعم 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.