

POSTPARTUM WOMAN'S HEALTH AND DIET QUESTIONS

أسئلة عن صحة المرأة ونظامها الغذائي بعد مرحلة الولادة (فترة النفاس)

(إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان) Michigan Department of Health and Human Services

تاريخ اليوم	
هل أنت في الوقت الحاضر؟ متزوجة <input type="checkbox"/> غير متزوجة <input type="checkbox"/>	ما عدد الصفوف الدراسية التي أنجزت دراستها؟
أسمك	

الإجابة على السؤال التالي اختياري. سيستخدم جوابك لأغراض إعداد التقارير عن المجموعة. 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 أنت من أصل هسباني أو لاتيني؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	العرق: اختاري واحداً أو أكثر من التالي: أمريكية من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوية <input type="checkbox"/> أمريكية من أصل أسود أو أفريقي <input type="checkbox"/> من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الباسيفيكي الأخرى الأصليين <input type="checkbox"/>
بيضاء <input type="checkbox"/>	أوروبية <input type="checkbox"/>
منحدرة من منطقة شمال أفريقيا <input type="checkbox"/>	منحدرة من منطقة الشرق الأوسط <input type="checkbox"/>

معلومات الحمل

متى كان تاريخ دورتك الشهرية (دورة الحيض) الأخيرة؟ الشهر/اليوم/السنة _____	متى كان التاريخ المرتقب لولادة طفلك؟ الشهر/اليوم/السنة _____
متى ولد مولودك فعلاً؟ الشهر/اليوم/السنة _____	
كم كان وزنك قبيل أن أصبحت حاملاً بهذا الطفل؟ باوند _____	
كم ازداد وزنك خلال هذا الحمل (وزنك عند الولادة)؟ باوند _____	

1. عدد مرات الحمل (بما فيه هذا الحمل) _____ a1. عدد الأطفال الأحياء (بدون احتساب هذا الحمل معهم) _____

كم مرة طال حملك 20 أسبوعاً أو أكثر قبل هذا الحمل؟

لا شيء عدد مرات الحمل _____ غير معروف

2. كم شهراً مضى على حملك عند زيارتك الأولى للحصول على رعاية الحمل من طبيب أو ممرضة قابلة قانونية مُجازة؟

الشهر الأول الشهر السادس

الشهر الثاني الشهر السابع

الشهر الثالث الشهر الثامن أو التاسع

الشهر الرابع غير معروف

الشهر الخامس بدون رعاية طبية

3. يُرجى وضع علامة على كل ما هو صحيح عن آخر حمل أو ولادة لك (ضعي علامة على كل ما هو ملائم):

ولادة مبكرة (قبل استكمال 37 أسبوعاً من الحمل) تسّم الحمل (مقدمات الارتعاج)

ولادة مبكرة في الربع الثالث من الحمل (بعد استكمال 37 أسبوعاً وقبل ولد المولود بتشوّه بالعمود الفقري

وزن المولود عند الولادة أقل من الوزن الطبيعي، كان وزن المولود عند كان وزن المولود عند الولادة 9 باوند أو أكثر من ذلك

الولادة 5 باوند و 8 أونصات أو أقل من ذلك شق بطن (عملية بصرية)

ولد المولود بتشوّه خلقي لا ينطبق أيّ منها

4. الولادات السابقة:

لم أحمل من قبل لا ينطبق أيّ منها

كان وزن المولود عند الولادة 9 باوند أو أكثر من ذلك

5. هل أخبرك طبيبك بأنك تعانين من ارتفاع السكر في الدم (سكري الحمل) خلال فترة حملك الأخير؟

نعم لا غير معروف

6. هل كنت تعانين من ارتفاع ضغط الدم خلال فترة حملك الأخير؟

نعم لا غير معروف

7. كم مولوداً وُلدَ من هذا الحمل؟

عدد المواليد (1-7) 8 أو أكثر غير معروف

8. هل وُلدَ هذا المولود حياً؟

وُلدَ حياً وُلدَ ميتاً غير معروف

Note to Staff (لطاقم الموظفين فقط):

Question #12 on the MI-WIC screen is not reflected exactly by question 8 above. Response to question 12 on the screen may trigger requirement for more information that you will complete on the screen.

المعلومات الطبية

1. الحالات الطبية/الاعتلالات والأمراض الحديثة سيعطيك طاقم موظفي برنامج WIC قائمة بالحالات الطبية للاطلاع عليها.

2. هل تأخذين أي نوع من الأدوية (الموصوفة أو غير موصوفة من طبيب)؟

نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟

هل هناك أعراض جانبية لهذه الأدوية؟

نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟

3. هل تعانين من أية مشاكل في فمك/ أسنانك تؤدي إلى صعوبة في مضغ الطعام؟

نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟

4. أثناء الشهر الذي سبق هذا الحمل، كم مرة في الأسبوع تناولت فيه حبوب متعددة الفيتامينات؟

أقل من مرة واحدة في الأسبوع 8 مرات أو أكثر في الأسبوع

عدد المرات في الأسبوع (1-7) غير معروف

5. هل تناولت أي نوع من الفيتامينات أو المعادن خلال الشهر السابق؟

نعم لا غير معروف

6. هل تتناولين حمض الفوليك من أنواع طعام معززة به و/أو تتناولين يوماً حبوب حمض الفوليك المقوية؟

نعم لا غير معروف

7. كم سيجارة كنت تدخنين عموماً في اليوم خلال فترة الثلاثة شهور الأخيرة قبل أن أصبحت حاملاً؟

لا أدخن كنت أدخن ولكنني لا أعرف عدد السجائر التي كنت أدخنها في اليوم

عدد السجائر في اليوم (1-96) غير معروف أو رفضت الإجابة على السؤال

97 سيجارة أو أكثر في اليوم

8. كم سيجارة كنت تدخنين عموماً في اليوم خلال فترة الثلاثة شهور الأخيرة من حملك؟

لا أدخن كنت أدخن ولكنني لا أعرف عدد السجائر التي كنت أدخنها في اليوم

عدد السجائر في اليوم (1-96) غير معروف أو رفضت الإجابة على السؤال

97 سيجارة أو أكثر في اليوم

9. كم سيجارة تدخنين عموماً الآن في اليوم؟

لا أدخن كنت أدخن ولكنني لا أعرف عدد السجائر التي كنت أدخنها في اليوم

عدد السجائر في اليوم (1-96) غير معروف أو رفضت الإجابة على السؤال

97 سيجارة أو أكثر في اليوم

10. هل يدخن أحد آخر من أهل بيتك داخل المنزل؟

نعم، يدخن أحد آخر داخل المنزل

كلاً، لا يدخن أحد آخر داخل المنزل

غير معروف

11. كم عدد المشروبات الكحولية التي كنت تشربينها عموماً في الأسبوع خلال الشهر الثلاثة قبل أن أصبحت حاملاً؟

- لم أشرب المشروبات الكحولية
 عدد الكؤوس التي شربتها في الأسبوع (20-1) _____
 21 كأساً أو أكثر في الأسبوع

12. كم عدد المشروبات الكحولية التي كنت تشربينها عموماً في الأسبوع خلال الشهر الثلاثة الأخيرة من حملك؟

- لم أشرب المشروبات الكحولية
 عدد الكؤوس التي شربتها في الأسبوع (20-1) _____
 21 كأساً أو أكثر في الأسبوع

13. يُرجى وضع علامة على كل ما هو صحيح حول عاداتك في شرب الكحول:

- لا أشرب المشروبات الكحولية
 أشرب أقل من كأسين من المشروبات الكحولية في اليوم
 أشرب كأسين أو أكثر في اليوم
- شربت 5 كؤوس أو أكثر في أحد أيام الشهر الماضي
 شربت 5 كؤوس أو أكثر في 5 أيام أو أكثر من أيام الشهر الماضي

14. هل تتعاطين في الوقت الحاضر (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)؟

- أيّ من المواد المحظورة والممنوعة قانونياً
 إساءة استعمال أي دواء طبيّ موصوف لك
 أيّ شكل من أشكال الماريجوانا
 لا شيء

15. هل تعانين من أي إعاقة جسدية أو حالة صحية عقلية أو إعاقة ذهنية أخرى تحدّ من قدرتك على اتخاذ قرارات مناسبة لإرضاع طفلك و/أو تحضير طعامه؟

- نعم لا

معلومات عن الرضاعة الطبيعية

NPP Client (عميلة غير مُرضعة في مرحلة النفاس)

1. هل سبق لك في أي وقت مضى الإرضاع من الثدي أو ضخ الحليب من الثدي لإرضاع طفلك الجديد، حتى ولو كان ذلك لفترة قصيرة من الوقت؟

- نعم لا

- نعم لا

2. هل خطّطت للإرضاع رضاعة طبيعية؟

a. إذا كانت الإجابة بنعم، فهل يمكن أن تخبريني ما الذي دفعك إلى التوقّف عن الرضاعة الطبيعية؟

- كان طفلي يعاني من صعوبة في التقام الحلمة أو الرضاعة من الثدي
 حليب الثدي لوحده لم يُشبع طفلي
 ظننت أن طفلي لم يكتسب وزناً كافياً
 أحلّ بحلّمتي التقرّح أو التشقّق أو النزيف أو أصبحتنا مؤلمتين جداً
 ظننت أنني لم أدرّ حليباً كافياً أو أن حليبي قد جفّ
 كان لديّ العديد من الواجبات المنزلية الأخرى
 شعرت أنه كان الوقت المناسب للتوقّف عن الرضاعة الطبيعية
- أصبحت مريضة أو اضطررت للتوقّف لأسباب صحية
 عدتّ إلى العمل
 عدتّ إلى المدرسة
 قلّة الدعم والمساندة
 كان طفلي يعاني من مرض أو حالة طبيّة
 نصحتني الطبيبة أن استخدم حليب غذاء تكميلي بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية أو الفطام
 غير ذلك _____

- نعم لا

3. هل ترغبين في الحصول على مساعدة في شؤون الإرضاع رضاعة طبيعية؟

BE/BP Client (عميلة مُرضعة بشكل كامل أو جزئي)

4. هل ترضعين في الوقت الحاضر طفلاً آخرأ رضاعة طبيعية دون سن الواحد من العمر؟

هل هما أو هم من نفس الحمل (توائم)؟

هل هما أو هم من حمل مختلف؟

5. ما هو هدفك من الرضاعة الطبيعية؟

تقييم الرضاعة الطبيعية

1. هل يتنابك القلق بشأن قدرتك على الإرضاع رضاعة طبيعية بسبب أي حالات طبية تعانين منها أو أدوية تتناولينها: (إذا تم وضع علامة في أي من هذه المربعات، يجب تقديم إرشادات استباقية والإحالة إلى مستشارة مُجازة في شؤون الإرضاع - if any of these boxes are checked, provide anticipatory guidance and referral to CLS/CLS/IBCLC)

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--------------------------|
| اكتئاب | [| جراحة الثدي/صدمة | <input type="checkbox"/> |
| فيروس العوز المناعي البشري (HIV) (أحرصوا على عدم طرح السؤال. توضع علامة في المربع فقط إذا قامت العميلة بالإفصاح عنه بملء إرادتها) | [| قصور الغدة الدرقية | <input type="checkbox"/> |
| Do NOT ask. Only checked if voluntarily shared by) (client | | داء السكرى | <input type="checkbox"/> |
| لا يتنابني أي قلق لهذا الشأن | [| متلازمة المبيض المتعدد الكيسات (PCOS) | <input type="checkbox"/> |
| غير ذلك | [| أدوية | <input type="checkbox"/> |
2. أخبريني كيف حال الرضاعة الطبيعية.

تاريخ التغذية

1. كم عدد الوجبات الغذائية التي تأكلينها عادة في معظم الأيام؟
- 0 1 2 3 4 5 أو أكثر
2. كم عدد وجبات المأكولات الخفيفة التي تأكلينها عادة في معظم الأيام؟
- 0 1 2 3 4 5 أو أكثر
3. كم مرة تشربين الحليب أو تأكلين اللبن (يوغرت) أو الجبن في اليوم الواحد؟
- 0 1 2 3 4 5 أو أكثر
4. هل تعتبرين عموماً بأن شهيتك:
- جيدة لا بأس بها ضعيفة
5. هل تلتزمين بنظام غذائي خاص (وصفه الطبيب لك)؟
- نعم لا
- إذا كان الجواب بنعم، فما نوعه؟
-
6. كم مرة في الأسبوع تأكلين الوجبات السريعة ("فاست فود")
- 0 1 2 3 4 5 أو أكثر
7. هل تعانين من أي حساسية من الطعام؟
- نعم لا
- إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟
-
8. هل تأكلين أو تشربين أيّاً من المأكولات أو المشروبات التالية كل يوم أو في معظم الأيام؟ (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| الحليب | <input type="checkbox"/> | مشروبات غازية أو أنواع أخرى من المرطبات المحلاة | <input type="checkbox"/> |
| الحليب ما نوعه؟ | | حلويات أو مأكولات خفيفة مملحة | <input type="checkbox"/> |
| حبوب كاملة | [| عصير أو حليب خام (غير مبستر/ معقم) | <input type="checkbox"/> |
| فاكهة وخضار | [| أجبان طرية (مثل فتا، كاميمبيرت، بري، أجبان على الطراز المكسيكي) | <input type="checkbox"/> |
| لحوم معجونة (باتيه) أو لحوم مفروشة مبرّدة أو أسماك مدخنة مبرّدة | [| مثل جبن "بلانكو"، "فريسكو" و"بانيللا" | <input type="checkbox"/> |
| هوت دوغ ونقانق، لحوم غداء مجففة ("لنش ميت") وغيرها من لحوم ("الدلي") المجففة التي لا يُعاد تسخينها على حرارة عالية جداً | [| لحوم أو أسماك أو دواجن نيئة أو غير مستوية (ملوحة) أو بيض نيئ أو غير مستوي | <input type="checkbox"/> |
| سمك من أنهار وبحيرات ميشيغان | [| براعم حبوب نيئة | <input type="checkbox"/> |
| لا ينطبق أيّ منها | [| | |

10. هل كنت في السابق أو الآن؟ (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)

[تناولين مقوي فيتامين أو معادن لتكميل نظامك الغذائي كل يوم
ما نوعه؟

تاكلين حسب نظام غذائي بحت

تاكلين حسب نظام غذائي بسرعات حرارية قليلة لتخفيف الوزن

[تناولين مقوي أيودين لتكميل نظامك الغذائي كل يوم
تستخدمين علاجات مكملات عشبية أو شاي الأعشاب
ما نوعها؟

خضعت سابقاً لعملية جراحية لعلاج البدانة

تاكلين حسب نظام غذائي بنسبة منخفضة من الكربوهيدرات ونسبة عالية
من البروتين (مثل نظام أتكنز، وما شابه ذلك)

[تناولين مقوي الفلورايد
لا ينطبق أي منها

تاكلين طعاماً قليلاً بسبب عملية جراحية أجريت على معدتك من أجل
تخفيف الوزن

اشتها ومضغ المواد التي ليس لها قيمة غذائية (PICA)

11. Did you provide MIHP Services for this client during this visit? (هل قمت بتقديم خدمات MIHP لهذه العميلة خلال هذه الزيارة؟)

نعم لا

Staff Notes

(لاستخدام طاقم الموظفين فقط)

CPA Signature

Date

لن تميز 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 التوجه 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.