

POSTPARTUM WOMAN'S HEALTH AND DIET QUESTIONS - A

أسئلة عن صحة المرأة ونظامها الغذائي بعد مرحلة الولادة (فترة النفاس) - أ
Michigan Department of Health and Human Services (إدارة الصحة والخدمات البشرية لولاية ميشيغان)

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

الإجابة عن 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 (أسباني) أو لاتيني؟	العرق: اختاري واحداً أو أكثر من التالي:
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> أمريكية من الهنود الأمريكيين أو سكان الأسكا 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

معلومات الحمل

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

- عدد مرّات 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 مرّات الحمل _____
 غير معروف
- 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 طبيّة
- يُرجى وضع علامة على كل ما هو صحيح عن آخر حمل أو ولادة لك (ضعي علامة على كل ما هو ملائم):
 ولادة مُبتسرة (قبل استكمال 37 أسبوعاً من الحمل) تسّم الحمل (مقدّمات الارتعاج)
 ولادة مبكرة في الربع الثالث من الحمل (بعد استكمال 37 أسبوعاً وقبل استكمال 39 أسبوعاً من الحمل) 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 و8 أونصات أو أقل من ذلك شق بطن (عملية قيصرية)
 ولد المولود بتشوّه خلقي لا ينطبق أيّ منها
 لا ينطبق أيّ منها
- الولادات السابقة:
 لم أحمل من قبل لا ينطبق أيّ منها
 كان وزن المولود عند الولادة 9 باوند أو أكثر من ذلك
- هل أخبرك طبيبك بأنك تعانين من ارتفاع السكر في الدم (سكري الحمل) خلال فترة حملك الأخيرة؟
 نعم لا غير معروف
- هل كنت تعانين من ارتفاع ضغط الدم خلال فترة حملك الأخير؟

نعم لا غير معروف

7. كم مولوداً وُلِدَ من هذا الحمل؟

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

8. هل وُلِدَ هذا المولود حياً؟

وُلِدَ حياً وُلِدَ 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 أي أعراض جانبية لهذه الأدوية؟

نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟

3. هل تعانيين من آية 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 (7-1) _____ غير معروف

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

نعم لا غير معروف

6. هل تستهلكين حمض الفوليك من أنواع طعام معززة به و/أو تأخذين يومياً 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 (96-1) _____ غير معروف أو رفضت الإجابة عن 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 (96-1) _____ غير معروف أو رفضت الإجابة عن 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 (96-1) _____ غير معروف أو رفضت الإجابة عن السؤال

97 سيجارة أو أكثر في اليوم

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

نعم، يدخن أحد آخر داخل المنزل

كلا، لا يدخن أحد آخر داخل المنزل

غير معروف

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

- لم أشرب المشروبات الكحولية
 عدد الكؤوس التي أشربها في الأسبوع (1-20) _____
 21 كأساً أو أكثر في الأسبوع
- [شربت المشروبات الكحولية ولكنني لا أعرف عددها
[غير معروف أو رفضت الإجابة عن السؤال

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

- لم أشرب المشروبات الكحولية
 عدد الكؤوس التي أشربها في الأسبوع (1-20) _____
 21 كأساً أو أكثر في الأسبوع
- [شربت المشروبات الكحولية ولكنني لا أعرف عددها
[غير معروف أو رفضت الإجابة عن السؤال

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 طبي 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

تاريخ التغذية

1. كم عدد الوجبات الغذائية التي تاكلينها عادة في معظم الأيام؟

- 0 1 2 3 4 5 أو أكثر

2. كم عدد وجبات المأكولات الخفيفة التي تاكلينها عادة في معظم الأيام؟

- 0 1 2 3 4 5 أو أكثر

3. كم مرة تشربين الحليب أو تاكلين اللبن (يوغرت) أو الجبن في اليوم الواحد؟

- 0 1 2 3 4 5 أو أكثر

4. هل تعتبرين عموماً بأن شهيتك:

- جيّدة لا بأس بها ضعيفة

5. هل تلتزمين بنظام غذائي خاص؟

- نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟

6. كم مرة في الأسبوع تاكلين الوجبات السريعة ("فاست فود")

- 0 1 2 3 4 5 أو أكثر

7. هل تعانين من أي حساسيات غذائية؟

- نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعها؟

8. هل تاكلين أو تشربين أيّاً من المأكولات أو المشروبات التالية كل يوم أو في معظم الأيام؟ (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)

الحليب ما نوعه؟

- مشروبات غازية أو أنواع أخرى من المرطبات المحلاة
 حلويات أو مأكولات خفيفة مملحة
- [حبوب كاملة
[فاكهة وخضار

9. هل تاكلين أو تشربين أياً من المأكولات أو المشروبات التالية؟ (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)

- لحوم معجونة (باتيه) أو لحوم مفروشة مبرّدة أو أسماك مدخّنة مبرّدة
 هوت دوغ وبقانق، لحوم غداء مجففة ("لنش ميت") وغيرها من لحوم ("الدلي") المجففة التي لا يعاد تسخينها لتكون ساخنة جداً
 عصير أو حليب خام (غير مبستر/ معقم)
 أجبان طرية (مثل فتتا، كاميميرت، بري، أجبان على الطراز المكسيكي مثل جبن "بلانكو"، "فريسكو" و"بانيللا")
 لحم أو أسماك أو دواجن أو بيض نيئ أو مطبوخ قليلاً (غير مستوي)
 براعم حبوب نيئة
 سمك من أنهار وبحيرات ميشيغان
 لا ينطبق أيّ منها

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

- تناولين حسب نظام غذائي بحت
 تناولين حسب نظام غذائي بسعرات حرارية قليلة لتخفيف الوزن
 خضعت سابقاً لعملية جراحية لعلاج البدانة
 تناولين حسب نظام غذائي بنسبة منخفضة من الكربوهيدرات ونسبة عالية من البروتين (مثل نظام أتكنز، وما شابه ذلك)
 تناولين طعاماً قليلاً بسبب عملية جراحية أجريت على معدتك من أجل تخفيف الوزن
 تناولين مقوي فيتامين أو معادن لتكميل نظامك الغذائي كل يوم
 تناولين مقوي أيودين لتكميل نظامك الغذائي كل يوم
 تستخدمين علاجات مكملات عشبية أو شاي الأعشاب
 تناولين مقوي الفلورايد
 لا ينطبق أيّ منها
 اشتهاة 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؟)

لا نعم

Staff Notes

(لاستخدام طاقم الموظفين فقط)

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 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.