

# PREGNANT WOMAN'S HEALTH AND DIET QUESTIONS

## (أسئلة عن صحة المرأة الحامل ونظامها الغذائي)

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

تاريخ اليوم	
هل أنت في الوقت الحاضر؟	ما عدد الصفوف الدراسية التي أنجزت دراستها؟
متزوجة <input type="checkbox"/> غير متزوجة <input type="checkbox"/>	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 (أسباني) أو لاتيني؟	العرق: اختاري واحداً أو أكثر من التالي:
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>
	منحدرة من منطقة الشرق <input type="checkbox"/>

### معلومات الحمل

متى كان تاريخ دورتك الشهرية (دورة الحيض) الأخيرة؟	متى يكون تاريخ الولادة المرتقب لجنينك؟
الشهر/اليوم/السنة	الشهر/اليوم/السنة
كم كان وزنك قبيل أن أصبحت حاملاً بهذا الطفل؟	باوند

- عدد مرات الحمل (بما فيه هذا الحمل) \_\_\_\_\_
- عدد الأطفال الأحياء (بدون احتساب هذا الحمل معهم) \_\_\_\_\_
- كم مرة طال حملك 20 أسبوعاً أو أكثر قبل هذا الحمل؟
 

لا شيء <input type="checkbox"/>	عدد مرات الحمل _____	غير معروف <input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------	------------------------------------
- كم شهراً مضى على حملك عند زيارتك الأولى للحصول على رعاية الحمل من طبيب أو ممرضة قابلة قانونية مُجازة؟
 

الشهر الأول <input type="checkbox"/>	الشهر السادس <input type="checkbox"/>
الشهر الثاني <input type="checkbox"/>	الشهر السابع <input type="checkbox"/>
الشهر الثالث <input type="checkbox"/>	الشهر الثامن أو التاسع <input type="checkbox"/>
الشهر الرابع <input type="checkbox"/>	غير معروف <input type="checkbox"/>
الشهر الخامس <input type="checkbox"/>	بدون رعاية طبية <input type="checkbox"/>
- فيما يتعلق بهذا الحمل، ضع علامة على كل ما هو ملائم.
 

فقدان الوزن <input type="checkbox"/>	تقييد نمو الجنين <input type="checkbox"/>
غثيان وتقيؤ <input type="checkbox"/>	ارتفاع ضغط الدم <input type="checkbox"/>
سُكري الحمل <input type="checkbox"/>	لا ينطبق أيّ منها <input type="checkbox"/>
أتوقع أن ألد توأمًا أو أكثر <input type="checkbox"/>	
- كم مرة ذهبت إلى من يقدم لك الخدمات الطبية (طبيب أو عيادة) بشأن هذا الحمل؟ \_\_\_\_\_
- هل سُئلت أن كنتِ تودين أخذ فحص دم لتحري وجود فيروس العوز المناعي البشري (أنتش أي في - فيروس الإيدز)؟
 

نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
------------------------------	-----------------------------
- فيما يتعلق بكل حمل سابق، يُرجى وضع علامة على كل ما حدث أثناء كل حمل:
 

سوابق مرضية بسُكري الحمل <input type="checkbox"/>	ولّد المولود حياً إلا أنه توفى قبل مضيّ شهر واحد من حياته <input type="checkbox"/>
ولادة مُبتسرة (قبل استكمال 37 أسبوعاً من الحمل) <input type="checkbox"/>	إسقاط <input type="checkbox"/>
ولادة مبكرة في الربع الثالث من الحمل (بعد استكمال 37 أسبوعاً وقبل استكمال 39 أسبوعاً من الحمل) <input type="checkbox"/>	تشوهات خلقية <input type="checkbox"/>
كان وزن المولود عند الولادة 5 باوند و 8 أونصات أو أقل من ذلك <input type="checkbox"/>	كان وزن المولود عند الولادة 9 باوند أو أكثر من ذلك <input type="checkbox"/>
توفى الجنين بعد مضيّ 5 أشهر من الحمل <input type="checkbox"/>	لا ينطبق أيّ منها <input type="checkbox"/>
سوابق مرضية بمرض مقدمات الارتعاج (تسمّم الحمل) <input type="checkbox"/>	

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 مشاكل الأسنان التي تؤثر على تناول الطعام ومضغه؟

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. كم سيجارة كنت تدخنين عموماً في اليوم خلال فترة الثلاثة شهور الأخيرة قبل أن أصبحت حاملاً؟ (20 سيجارة = علبة واحدة)

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

7. 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

8. هل يدخن أي أحد آخر من أهل البيت الذين يعيشون معك داخل المنزل؟

نعم، يدخن أحد آخر داخل المنزل

كلا، لا يدخن أحد آخر داخل المنزل

غير معروف

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

لم أشرب المشروبات الكحولية

[ شربت المشروبات الكحولية ولكنني لا أعرف عددها

عدد الكؤوس التي شربتها في الأسبوع (1-20) \_\_\_\_\_

[ غير معروف أو رفضت الإجابة على السؤال

21 كأساً أو أكثر في الأسبوع

10. هل تشربين الكحول أثناء الحمل؟

نعم  لا

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

أي من المواد المحظورة والممنوعة قانونياً

[ أي شكل من أشكال الماريجوانا

إساءة استعمال أي دواء طبي موصوف لك

[ لا شيء

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

نعم  لا

## معلومات عن الرضاعة الطبيعية

1. هل سبق لك الإرضاع من الثدي أو ضخ حليب الثدي لإرضاع أي طفل من أطفالك؟  نعم  لا

2. هل تلجئين في الوقت الحاضر للرضاعة الطبيعية أو ضخ الحليب من الثدي للإرضاع؟  نعم  لا

a. هل عمر الطفل الرضيع أقل من سنة واحدة؟ الرقم التعريفي للطفل الرضيع \_\_\_\_\_  نعم  لا

b. هل ترضعين في الوقت الحاضر طفلاً آخرًا رضاعة طبيعية دون سن الواحد من العمر؟  نعم  لا

i. هل هما أو هم من نفس الحمل (توائم)؟  [ ]

ii. هل هما أو هم من حمل مختلف؟  [ ]

3. هل أرضعت رضاعة طبيعية طوال ما كنتِ ترغبين في ذلك؟  نعم  لا

a. إذا كانت الإجابة بنعم، فلماذا؟

كان طفلي يعاني من صعوبة في التقاط الحلمة أو الرضاعة من الثدي

حليب الثدي لوحده لم يُشبع طفلي

ظننتُ أن طفلي لم يكتسب وزناً كافياً

أحلّ بحلمتيّ التقرّح أو التشقق أو النزيف أو أصبحنا مؤلمتين جداً

ظننتُ 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

4. ما الأشياء التي سمعت عنها حول الرضاعة الطبيعية؟

5. كيف تفكرين في إرضاع طفلك؟

أريد إرضاع طفلي من الثدي

أريد أن أضخ حليب ثديي وإرضاع طفلي من الثدي

أريد أن أضخ حليب ثديي فقط

أريد إرضاع طفلي من حليب الثدي والحليب الاصطناعي (فورميولا)

ما هو هدفك من الرضاعة الطبيعية؟

\_\_\_\_\_

6. هل ترغبين في الحصول على مزيد من المعلومات حول الرضاعة الطبيعية؟  نعم  لا

لا أريد إرضاع طفلي من الثدي  [ ]

لا أعلم  [ ]

غير ذلك  [ ]

أصبحت مريضة أو اضطررت للتوقّف لأسباب صحيّة  [ ]

عدتُ إلى العمل  [ ]

عدتُ إلى المدرسة  [ ]

قلّة الدعم والمساندة  [ ]

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. هل يتئابك القلق بشأن قدرتك على الإرضاع رضاعة طبيعية بسبب أي حالات طبية تعانين منها أو أدوية تتناولينها: (إذا تمّ 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

جراحة الثدي/صدمة  اكتئاب

قصور الغدة الدرقية  (أحرصوا على عدم طرح السؤال. توضع علامة في المربع فقط إذا قامت العملية بالإفصاح عنه بملء إرادتها) (Do NOT ask. Only (checked if voluntarily shared by client

داء السكري  لا يتئابني أي قلق لهذا الشأن

متلازمة المبيض المتعدد الكيسات (PCOS)  غير ذلك \_\_\_\_\_

أدوية

## تاريخ التغذية

1. عدد الوجبات الغذائية في اليوم  
 0  1  2  3  4  5 أو أكثر

2. عدد الوجبات الخفيفة في اليوم  
 0  1  2  3  4  5 أو أكثر

3. الحليب في اليوم  
 0  1  2  3  4  5 أو أكثر

4. الشهية  
 جيدة  لا بأس بها  ضعيفة

5. هل تلتزمين بنظام غذائي خاص؟  
 نعم  لا  
 إذا كان الجواب بنعم، فما نوعه؟  
 \_\_\_\_\_

6. عدد الوجبات السريعة (فاست فود) في الأسبوع  
 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 أيًا من المأكولات أو المشروبات التالية كل يوم أو في معظم الأيام؟  
 الحليب  ما نوعه؟  
 \_\_\_\_\_

مشروبات غازية أو أنواع أخرى من المرطبات المحلاة  
 حلويات أو مأكولات خفيفة مملحة  
 (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)  
 عصير أو حليب غير مُبستّر (معقم)  
 أجبان طرية  
 لحوم أو أسماك أو دواجن أو بيض نيئ أو مطبوخ قليلاً (غير مستوي)  
 براعم حبوب نيئة  
 حبوب كاملة  
 فاكهة وخضار

9. (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)  
 لحم معجونة (باتيه) أو لحوم مفروشة مبرّدة  
 هوت دوغ ونقانق و/أو لحوم غداء مجففة ("لنش ميت")  
 سمك من أنهار وبحيرات ميشيغان  
 لا ينطبق أيّ منها

10. (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)  
 نظام غذائي نباتي  
 نظام غذائي بسرعات حرارية قليلة لتخفيف الوزن  
 نظام غذائي بنسبة منخفضة من الكربوهيدرات ونسبة عالية من البروتين  
 مكملات فيتامينات/معادن/أيودين كل يوم  
 ما نوعها؟  
 \_\_\_\_\_  
 علاجات عشبية أو الشاي العشبي  
 ما نوعها؟  
 \_\_\_\_\_

خضعت سابقاً لعملية جراحية لعلاج البدانة (تكيم المعدة)  
 اشتهاً ومضغ المواد التي ليس لها قيمة غذائية (PICA)  
 الفلورايد  
 لا ينطبق أيّ منها

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 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.