

## Опрос о питании беременной женщины

Имя: _____	Возраст: _____	Дата родов: _____
------------	----------------	-------------------

**Пожалуйста, обведите кружком или напишите ответы на следующие вопросы:**

1. Что Вы делаете, чтобы быть здоровой? \_\_\_\_\_
2. О чем бы Вы хотели поговорить сегодня? \_\_\_\_\_

### Ваш привычный режим питания

3. Как, по Вашему мнению, Вы питаетесь сейчас? *Хорошо* *Нормально* *Не очень хорошо* *Другое* \_\_\_\_\_
4. Сколько раз в день Вы едите? \_\_\_\_\_ Сколько раз перекусываете? \_\_\_\_\_
5. Сколько раз в **неделю** Вы едите вне дома или берете еду на вынос? 0 1 2 3 4 5 6 7 *больше*

### Напитки и еда

6. Что Вы пьете **чаще всего**? *Воду* *Молоко* *Сок* *Газированные напитки* *Кофе* *Чай* *Ароматизированную воду* *Фруктовые напитки* *Напитки, приготовленные из растворимых порошков* *Диетические напитки* *Энергетические напитки* *Спортивные напитки* *Соевое молоко* *Вино* *Пиво* *Алкоголь* *Другое* \_\_\_\_\_
7. Что Вы едите **чаще всего**? *Цельнозерновой хлеб* *Кукурузные лепешки* *Цельнозерновые лепешки* *Коричневый рис* *Холодные или горячие каши* *Белый хлеб* *Пшеничные лепешки* *Белый рис* *Паста/лапша* *Крекеры* *Овощи (какие?)* \_\_\_\_\_ *Количество в день?* \_\_\_\_\_ *Фрукты (какие?)* \_\_\_\_\_ *Количество в день?* \_\_\_\_\_ *Говядину* *Свинину* *Курицу* *Индейку* *Рыбу* *Яйца* *Фасоль* *Арахисовое масло* *Орехи* *Тофу* *Обезжиренное молоко* *Молоко 1 % жирности* *Цельное молоко* *Молоко с вкусовыми добавками* *Сыр* *Йогурт* *Творог* *Картофель фри* *Чипсы* *Хот-доги* *Мясные полуфабрикаты* *Наггетсы* *Десерты/сладости* *Другое* \_\_\_\_\_
8. Соблюдаете ли Вы специальную диету? *Нет* *Да (поясните)* \_\_\_\_\_
9. Есть ли продукты, потребление которых Вы ограничиваете или избегаете? *Нет* *Да (поясните)* \_\_\_\_\_
10. Испытываете ли Вы сильное желание или едите несъедобные вещи, например, грязь, глину, лед, стиральный порошок, краску? *Нет* *Да*

### Дополнительные вопросы

11. Что беспокоит Вашего врача в Вашей беременности? *Набор веса* *Потеря веса* *Ваше питание* *Диабет (повышенный сахар в крови)* *Высокое артериальное давление* *Анемия (дефицит железа в крови)* *Другое* \_\_\_\_\_ *Ничего*
12. Какие у Вас есть вопросы в отношении набора веса во время беременности? \_\_\_\_\_
13. У Вас часто бывает: *Тошнота* *Рвота* *Изжога* *Запор* *Диарея* *Судороги в ногах* *Отеки* *Аллергия* \_\_\_\_\_ *Другое* \_\_\_\_\_ *Ничего*
14. Какие из этих препаратов Вы принимаете? *Витамины для беременных* *Другие витамины/минералы* *Железосодержащие препараты* *Слабительные* *Травы* *Лекарства, отпускаемые без рецепта* *Рецептурные препараты* *Народные средства* *Другое* \_\_\_\_\_ *Никакие*
15. Что Вы чувствуете? *Отсутствие интереса к чему-либо* *Печаль* *Депрессию* *Безысходность* *Отсутствие энергии* *Счастье* *У меня нормальное самочувствие* *Одиночество* *Перевозбужденность* *Стресс* *Беспокойство* *Злость* *Другое* \_\_\_\_\_
16. Какие виды физических упражнений Вы выполняете? \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
17. Вы когда-нибудь кормили грудью? *Нет* *Да (как долго?)* \_\_\_\_\_
18. Что Вы думаете о кормлении грудью своего новорожденного ребенка? *Мне это не интересно* *Я постоянно думаю об этом* *Я хочу этого* *Я определенно буду кормить грудью* *Другое* \_\_\_\_\_
19. Какие вопросы или опасения имеются у Вас по поводу кормления грудью? \_\_\_\_\_
20. Когда Ваш следующий прием у врача? \_\_\_\_\_ Самый последний прием у стоматолога? \_\_\_\_\_
21. У Вас когда-нибудь заканчивались продукты питания? *Нет* *Да (что Вы делали?)* \_\_\_\_\_
22. Какие вопросы имеются у Вас по поводу покупки продуктов, предоставляемых по программе WIC? \_\_\_\_\_

**STAFF  
USE ONLY**

Date: \_\_\_\_\_ Staff Name: \_\_\_\_\_  
WIC ID#: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_