Опросник о питании грудного ребенка (от рождения до 3 месяцев)

Имя ребенка:	Возраст ребенка:

Пожалуйста, обведите кружком или напишите ответы на следующие вопросы:

1. О чем бы вы хотели поговорить сегодня? _____

Сон вашего ребенка

2. Какой самый длинный промежуток сна у вашего ребенка в течении суток? _____ Часа (-ов)
3. Какие у вас есть вопросы о сне ребенка? _____

Сигналы ребенка

4. Каким образом ваш ребенок дает вам знать, что он (она) голоден (-на)? _____
5. Каким образом ваш ребенок дает вам знать, что он (она) наелся (-лась)? _____
6. Кажется ли вам, что ваш ребенок плачет слишком часто? *Нет* *Да*
7. Бывает ли вам когда-либо тяжело определить, что необходимо ребенку? *Нет* *Да*

Кормление ребенка

8. Как обстоит ситуация с кормлением? *Плохо* *Нормально* *Очень хорошо* *Прекрасно* *Другое* _____
9. Что еще ваш ребенок кушает, помимо грудного молока? *Ничего* *Смесь* *Сок* *Детские каши в бутылочке* *Воду* *Подслащенную воду* *Чай* *Другое* _____
10. Сколько раз в сутки (днем и ночью) вы кормите ребенка грудью? _____
11. Какие у вас есть вопросы о кормлении ребенка? _____

При кормлении ребенка смесью

12. Когда вы в последний раз кормили ребенка грудным молоком? _____
13. Как называется смесь, которой вы кормите ребенка? _____ *Порошок* *Концентрат*
14. Сколько унций смеси ваш ребенок выпивает за раз? _____
15. Сколько раз в сутки (днем и ночью) вы кормите ребенка смесью? _____
16. Опишите, как вы готовите смесь: _____ унций воды и _____ *ложек/унций* смеси
    Что вы добавляете в бутылочку в первую очередь? *Смесь* *Воду*
17. Где ваш малыш пьет из бутылочки?
    В кроватке *В коляске* *В сиденье для машины* *На руках у кого-либо* *Другое* _____

Дополнительные вопросы

18. За последние 24 часа (днем и ночью), сколько подгузников использовал ваш ребенок? _____ Мокрые _____ *С фекалиями*
19. Опишите стул вашего ребенка.
    Цвет: *Черный и клейкий* *Коричневато-зеленоватый* *Желтоватый и зернистый* *Другое* _____
    Структура: *Твердый* *Твердый и зернистый* *Мягкий* *Водянистый* *Другое* _____
20. Даете ли вы ребенку: *Витаминные капли* *Витамин D* *Фторид* *Капли с содержанием железа* *Лекарства* *Другое* _____
21. Часто ли у вашего ребенка бывает: *Сопение* *Сыпь* *Запор* *Диарея* *Колики* *Аллергии на* _____ *Другое* _____
22. Когда у вашего ребенка назначен следующий прием у врача? _____
23. У вас когда-нибудь заканчивается еда? *Нет* *Да (что вы делаете?)* _____
24. Какие у вас есть вопросы или сомнения относительно покупки продуктов в рамках программы питания для WIC?
    _____
    _____

STAFF USE ONLY

Date: _____ Staff Name: _____

WIC ID#: _____ Length: _____ Weight: _____

CDPH

Данная организация предоставляет равные возможности.

CALIFORNIA WIC WOMEN, INFANTS & CHILDREN

#930085