استبيان تغذية المرأة بعد الوضع

الاسم:	السن:

الرجاء وضع دائرة حول إجابات الأسئلة التالية أو الإجابة عليها:

1. اذكري شيئًا تفعلينه للمحافظة على صحتك؟ _____
2. ما هو الأمر الذي ترغبين في الحديث عنه اليوم؟ _____

عادات الأكل الخاصة بك

3. كيف تسير التغذية؟ جيد مقبول ليس جيداً غير ذلك _____
4. كم عدد الوجبات التي تتناولينها يوميًا؟ _____ وكم عدد الوجبات الخفيفة؟ _____
5. كم مرة **في الأسبوع** تأكلين فيها خارج المنزل أو تحضرين طعامًا من الخارج؟ 0 1 2 3 4 5 6 7 أكثر من ذل

المشروبات والمأكولات

6. ماذا تشربين في **أكثر الأيام**؟ الماء الحليب العصير مشروبات غازية القهوة الشاي مياه بنكهة مشروبات الفواكه كول إيد أو بنش مشروبات قليلة السعرات النبيذ الجعة الكحول غير ذلك _____
7. ماذا تأكلين في **أكثر الأيام**؟ خبز القمح الكامل تورتيلا الذرة تورتيلا القمح الكامل الأرز الأسمر السيريال البارد أو الساخن الخبز الأبيض تورتيلا الدقيق الأرز الأبيض المكرونة/الشعري البسكويت الخفيف
الخضراوات (أنواعها؟) _____ كم يوميًا؟ _____
الفواكه (أنواعها؟) _____ كم يوميًا؟ _____
اللحم البقري لحم الخنزي الدجاج الديك الرومي السمك البيض الفاصولياء مكسرات زبدة فول السوداني التوفو حليب قليل الدسم حليب كامل الدسم حليب بنكهة الجبن لبن الزبادي الجبن القريش البطاطس المحمر شرائح البطاطس الهوت دوج اللحوم الباردة قطع الدجاج الصغيرة الحلوى غير ذلك _____
8. هل تتبعين نظامًا غذائيًا خاصًا؟ لا نعم (اشرحي من فضلك) _____
9. هل هناك أي أنواع من الطعام التي تحدين منها أو تتجنبينها؟ لا نعم (اشرحي من فضلك) _____

أسئلة إضافية

10. هل تعانين من السكري (ارتفاع نسبة السكر في الدم) ارتفاع ضغط الدم فقر الدم (انخفاض الحديد في الدم) مشكلات الصحة النفسية الاكتئاب غير ذلك _____ لا شيء
11. كيف تشعرين تجاه وزنك؟ أريد إنقاص وزني جيد أريد زيادة وزني
12. أيًا من هذه الأدوية تتناولين؟ فيتامينات قبل الولادة الفيتامينات المتعددة مع حمض الفوليك فيتامينات/معادن أخرى حبوب الحدي ملينات أعشاب أدوية بدون وصفة علاجية أدوية بوصفات علاجية وصفات علاج منزلية غير ذلك _____ لا شيء
13. كيف تشعرين هذه الأيام؟ غير مهتمة بعمل أي شيء حزينة مكتئبة يائسة منهكة سعيدة جيدة وحيدة مرتبكة مضغوطة قلقة غضبانة غير ذلك _____
14. ما هي أنواع الأنشطة البدنية التي تمارسينها؟ _____ ما هو معدل التكرار؟ _____
15. إن كنت ترضعين، كيف تسير الرضاعة بالنسبة لك؟ _____
16. ما هو الدعم الذي ستحتاجينه للاستمرار في الإرضاع عند عودتك إلى العمل أو إلى الدراسة؟ مضخة غير ذلك _____
17. هل تنوين إنجاب المزيد من الأطفال؟ لا غير متأكدة عم (متى؟) _____
18. ما هي خططك بالنسبة إلى التحكم في الإنجاب؟ _____
19. ما هو موعد زيارتك القادمة إلى الطبيب؟ _____ متى كانت آخر زيار لك لطبيب الأسنان؟ _____
20. هل ينفذ الطعام لديك أبدًا؟ لا نعم (ماذا تفعلين حينئذٍ؟) _____
21. ما هي التساؤلات أو الأمور التي تشغلك المتعلقة بالتسوق من أجل مواد غذائية من WIC؟ _____

_____

STAFF USE ONLY

Date: _____ Staff Name: _____

WIC ID#: _____ Height: _____ Weight: _____

CDPH
This institution is an equal opportunity provider.
CALIFORNIA WIC WOMEN, INFANTS & CHILDREN