Опрос о послеродовом питании женщины

Имя:	Возраст:

Пожалуйста, обведите кружком или напишите ответы на следующие вопросы:

1. О чем бы вы хотели поговорить сегодня? _____
2. Что вы делаете, чтобы быть здоровой? _____

Ваш привычный режим питания

3. Каким вы считаете свое питание на данный момент? *Хорошим* *Нормальным* *Не очень хорошим* *Другое* _____
4. Сколько раз в день вы едите? _____ Сколько раз перекусываете? _____
5. Сколько раз в **неделю** вы едите вне дома или заказываете еду на вынос? *0 1 2 3 4 5 6 7 больше*

Напитки и еда

6. Какие напитки вы употребляете **чаще всего**? *Воду Молоко Сок Газированные напитки Кофе Чай Ароматизированные воды Фруктовые напитки Kool-Aid или Punch Диетические напитки Энергетические напитки Напитки для спортсменов Соевое молоко Вино Пиво Алкогольные напитки Другое* _____
7. Что вы обычно едите в **большинстве дней**? *Цельно-зерновой хлеб Кукурузные тортильи Цельно-зерновые тортильи Холодные или горячие каши Коричневый рис Белый хлеб Мучные тортильи Белый рис Макаронные изделия/Лапшу Крекеры*
   Овощи (какие?) _____ *Сколько раз в день?* _____
   Фрукты (какие?) _____ *Сколько раз в день?* _____
   Говядину Свинину Курицу Индюшку Рыбу Яйца Бобы Арахисовое масло Орехи Тофу Обезжиренное молоко Низкокалорийное молоко Цельное молоко Молоко с вкусовыми наполнителями Сыр Йогурты Творог Картофель фри Чипсы Хот-доги Колбасные изделия Наггетсы Десерты/сладкое
   Другое _____
8. Сидите ли вы на определенной диете? *Нет* *Да (пожалуйста, объясните)* _____
9. Есть ли продукты, в которых вы себя ограничиваете или которые вы избегаете? *Нет* *Да (пожалуйста, объясните)* _____

Дополнительные вопросы

10. Есть ли у вас: *Диабет (высокое содержание сахара в крови) Анемия (низкое содержание железа в крови) Повышенное кровяное давление Психические нарушения Депрессия Другое* _____
11. Что вы думаете насчет своего веса? *Хочу сбросить вес Нормальный Хочу набрать вес*
12. Что вы принимаете из ниже перечисленного? *Витамины для беременных Мультивитамины с фолиевой кислотой Другие витамины/минералы Железо Слабительные Травы Лекарства, отпускаемые без рецепта Лекарства, отпускаемые по рецепту Домашние лекарственные средства Другое* _____
13. Как вы себя чувствуете? *Ни в чем не заинтересована Грустной Подавленной Безнадежной Без сил Счастливой Нормально Одинокой Переутомленной Напряженной Тревожной Сердитой Другое* _____
14. Какие виды физических упражнений вы выполняете? _____ Как часто? _____
15. Если вы кормите грудью, как вам это нравится? _____
16. Какая поддержка вам будет необходима, чтобы вы продолжили грудное вскармливание, когда вы вернетесь на работу или на учебу? _____
17. Планируете ли вы завести еще детей? *Нет* *Да (когда?)* _____
18. Каковы ваши планы по поводу предохранения от беременности? _____
19. Когда ваш следующий прием у врача? _____ Самый последний прием у стоматолога? _____
20. Не хватало ли у вас когда-нибудь продуктов питания? *Нет* *Да (что Вы делаете?)* _____
21. Какие вопросы или проблемы имеются у вас по поводу покупки WIC продуктов? _____

STAFF USE ONLY

Date: _____ Staff Name: _____

WIC ID#: _____ Height: _____ Weight: _____

CALIFORNIA WIC WOMEN, INFANTS & CHILDREN

Данная организация предоставляет равные возможности.

CDPH