

## PREGNANT WOMAN ASSESSMENT QUESTIONS

RISK/PURPOSE	QUESTIONS
Rapport building	إننا نستخدم وسيلة جديدة في طرح الأسئلة قد تبدو لك مختلفة عن اللقاءات الأخرى في برنامج المرأة والرضع والأطفال WIC. أولاً، سوف أطرح عليك بعض الأسئلة ثم سنعود مرة أخرى ونتعامل مع أي مشاكل أو أسئلة قد تراودك.
Rapport building	كيف حال حملك؟
No Prenatal Care > 13 weeks	(4) متى كانت المرة الأولى التي زرت فيها طبيبك بخصوص هذا الحمل؟ (ملاحظة: اسم الطبيب قد تم تحديده في شريط التعديل.)
<b>Gestational Diabetes, Fetal Growth Restriction, Breastfeeding While Pregnant, Multiple Fetuses</b>	(5) هل حدد طبيبك أي مشاكل صحية أو طبية فيما يخص حملك؟ (12) (إذا كانت الإجابة نعم) أخبريني بالمزيد. (13) (إذا كانت الإجابة لا) ما هي دواعي القلق لديك حول حملك؟
Severe Nausea/Vomiting, <b>Pregnancy Induced Hypertension</b>	(6) أثناء هذا الحمل هل تعانين من أي الأعراض التالية: - الغثيان والقيء؟ - ارتفاع ضغط الدم؟ - الحموضة؟ - الإمساك؟
<Select appropriate medical risk(s)>	(7) بشكل عام، هل تعانين من أي مشاكل صحية أو ظروف طبية؟ (14) (إذا كانت الإجابة نعم) أخبريني بالمزيد.
Recent Major Surgery, Trauma, Burns, <b>Bariatric Surgery (dietary impact)</b>	(8) هل أجريت لك حديثاً أي عمليات جراحية؟ (إذا كانت الإجابة نعم) أخبريني بالمزيد. هل أجريت لك عملية جراحية في أي وقت من الأوقات أثرت على كيفية تناولك للطعام الآن؟ (إذا كانت الإجابة نعم) أخبريني بالمزيد.
Drug Nutrient Interactions	(9) هل تتناولين أي أدوية؟ (إذا كانت الإجابة نعم) أخبريني بالمزيد.
Inadequate Vitamin/Mineral Supplementation, <b>Inappropriate or Excessive Supplements</b>	(10) ما هي الفيتامينات أو المكملات الغذائية الأخرى التي تتناولينها؟ (1) ما هي الكمية التي تتناولينها؟ (2) هل تتناولين فيتامين قبل الولادة؟ (3) (إذا كانت الإجابة لا) هل تتناولين أي نوع من مكملات الحديد؟
Severe Dental Problems	(11) هل تعانين من أي مشاكل في أسنانك أو لثتك، أو هل لديك ثقب غير محشوة؟ (إذا كانت الإجابة نعم) أخبريني بالمزيد.
Spon. Ab, Fetal or Neonatal Loss (Hx)	(12) كم عدد مرات حدوث الحمل عندك وكم عدد مرات الولادة التي أنجبت فيها أطفالاً أحياء؟
<b>Gestational Diabetes (Hx)</b>	(13) (إذا كانت هناك مرات حمل سابقة) هل كانت لديك أي مشاكل صحية في مرات الحمل السابقة مثل سكر الحمل؟

## PREGNANT WOMAN ASSESSMENT QUESTIONS

RISK/PURPOSE	QUESTIONS
LGA (Hx), LBW (Hx), Premature (Hx), Two Preg in Two Years, Nutr Related Birth Defects (Hx)	11. (إذا كانت هناك ولادات سابقة لأطفال أحياء) ما هي آخر مرة كنت فيها حامل؟ 1) ماذا كان وزن طفلك الرضيع (أطفالك الرضع) عند الولادة؟ 2) هل حدثت ولادة مبكرة لأي منهم؟ 3) هل ولد أي من أطفالك بمشاكل صحية أو طبية؟
<b>Very Restrictive Diet</b>	12. كيف كانت شهيتك للطعام؟ هل تتبعين نظاماً غذائياً خاصاً؟ (إذا كانت الإجابة نعم) أخبريني بالمزيد.
<b>Food Allergy, Lactose Intolerance</b>	13. هل تعاني من أي نوع من حساسية الطعام؟ (إذا كانت الإجابة نعم) أخبريني بالمزيد.
Potentially Contaminated Foods	14. هل: - تشربين اللبن أو العصير الخام أو غير المبستر؟ - تأكلين الجبن الطري مثل fresco أو Brie أو Blue Cheese؟ - تأكلين لحوم الهوت دوج أو البقري أو الخنزير أو الدجاج أو الأطعمة البحرية أو البيض أو التوفو نيئة أو بدون طهي كامل؟
<b>Pica</b>	15. هل تأكلين أشياء مثل الثلج أو القاذورات أو الطين أو شرائح الطلاء أو النشاء؟ (إذا كانت الإجابة نعم) أخبريني بالمزيد.
Transition	نحن نسأل الجميع الأسئلة التالية. هذه الأسئلة تتعلق بصحتك وسلامتك.
Maternal Smoking	16. هل تدخين؟ (إذا كانت الإجابة نعم) كم تدخين؟
Secondhand Smoke	17. هل يوجد أي شخص يدخن داخل منزلك؟ (إذا كانت الإجابة نعم) أخبريني بالمزيد.
Alcohol Use	18. متى كانت آخر مرة تناولت فيها الكحوليات؟ • ما هي كمية المشروبات التي تتناولينها؟ ما هي عدد المرات؟
Drug Use	19. هل تدخين الماريجوانا أو تتناولين أي مخدرات أخرى من الشارع؟ (إذا كانت الإجابة نعم) أخبريني بالمزيد.
Depression	20. هل شعرت بالحزن أو الاكتئاب حديثاً؟ (إذا كانت الإجابة نعم) أخبريني بالمزيد. (إذا كانت الإجابة نعم) هل تعالجين حالياً من الاكتئاب؟ (مثل العقاقير، الاستشارات)
Recipient of Abuse (past 6 months)	21. هل يوجد شخص ما في حياتك يسبب لك أو لطفلك (أطفالك) الأذى؟ (إذا كانت الإجابة نعم) أخبريني بالمزيد.

## PREGNANT WOMAN ASSESSMENT QUESTIONS

**Note:** During the risk interview consider the following additional risks that are not included in the previous questions:

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| • <b>≤16 Years at Conception</b>      | • <b>≤16 Years at Conception</b>      |
| • 17 years at conception              | • 17 years at conception              |
| • Limited Skills for Proper Nutrition | • Limited Skills for Proper Nutrition |

**If no risks have been identified, assign:** Not Meeting Dietary Guidelines

It is a **requirement to ask every pregnant woman about their plans to breastfeed.**

Following is a sample question that may be used at any time during the certification to begin the discussion about breastfeeding: *What have you heard about breastfeeding?*