



ابزار غربالگری خانوادگی برای انجام مداخلات رژیم غذایی

- چه کسی پرسشنامه را تکمیل می کند؟
 - بزرگسالی که با کودک یا نوجوان زندگی می کند
 - بزرگسالی که با کودک یا نوجوان زندگی نمی کند
- آیا کودک شما در ماه گذشته تغییری در عادات غذایی یا سطح فعالیت خود داشته است؟
 - بله / خیر
- آیا می خواهید به فرزندتان کمک کنید تا تغییراتی در عادات غذایی یا سطح فعالیت خود ایجاد کند؟
 - بله / خیر
- در صورت مثبت بودن، موارد زیر را انتخاب کنید
 - فعالیت بدنی بیشتر
 - زمان صفحه نمایش کمتر (تلویزیون، بازی های ویدیویی، کامپیوتر، تلفن)
 - خوردن میوه و سبزیجات بیشتر
 - خوردن غذای ناسالم کمتر
 - نوشیدن نوشیدنی های شیرین کمتر
 - خوردن سهم های کوچکتر در وعده های غذایی یا میان وعده ها
 - انتخاب های سالم تری برای وعده های غذایی یا میان وعده ها
 - مصرف کمتر میان وعده ها
 - کمتر کردن حذف وعده های غذایی
 - کمتر گرسنه شدن بین وعده های غذایی و میان وعده ها
 - کمتر کردن انتخابی بودن غذا ها
 - پنهان کاری کمتر در مصرف غذا
 - در صورت عدم اطمینان، در صورت تمایل توضیح دهید (متن آزاد)
- کودک شما چقدر میوه می خورد؟ (یکی را انتخاب کنید)
 - هرگز/بندرت
 - کمتر از یک بار در روز
 - ۱-۲ بار در روز
 - ۳ بار یا بیشتر در روز
- کودک شما چقدر سبزیجات غیر نشاسته ای می خورد؟ [سبزیجات غیر نشاسته ای شامل همه سبزیجات به جز سیب زمینی، ذرت و نخود فرنگی است] (یکی را انتخاب کنید)
 - هرگز/بندرت
 - کمتر از یک بار در روز

- ۲-۱ بار در روز
- ۳ بار یا بیشتر در روز
- کودک شما چقدر به رستوران می‌رود یا فست‌فود می‌خورد؟ (یکی را انتخاب کنید)
 - کمتر از یک بار در هفته
 - ۲-۱ بار در هفته
 - ۳ بار یا بیشتر در هفته
- آیا کودک شما وعده‌های غذایی را حذف می‌کند: (برای هر وعده غذایی یکی را انتخاب کنید)
 - صبحانه - بله / خیر / گاهی اوقات
 - ناهار - بله / خیر / گاهی اوقات
 - شام - بله / خیر / گاهی اوقات
- آیا کودک شما در وسط شب برای خوردن یا نوشیدن (غیر از آب) بیدار می‌شود؟
 - بله / خیر / گاهی اوقات
- کودک شما چقدر نوشیدنی‌های شیرین را در خانه، مدرسه یا هنگام بیرون غذا خوردن مصرف می‌کند؟
 - به ندرت یا هرگز
 - گاهی اوقات
 - اغلب
 - همیشه
- مثال‌ها: شیر طعم‌دار مانند شکلات، توت فرنگی یا وانیل؛ آب میوه، نوشیدنی‌هایی با افزودن شکر (مانند نوشابه معمولی، نوشیدنی‌های ورزشی، چای شیرین، نوشیدنی‌های میوه‌ای، لیموناد، نوشیدنی‌های قهوه و نوشیدنی‌های انرژی‌زا).
- کودک شما چقدر آب ساده می‌نوشد؟
 - به ندرت یا هرگز
 - روزانه نیست
 - یک بار در روز
 - ۲-۳ بار در روز
 - ۴ بار یا بیشتر در روز
- آیا در اتاق خواب فرزند شما صفحه نمایش (تلویزیون، تبلت، تلفن و غیره) وجود دارد؟
 - بله / خیر
- آیا محله شما برای بازی کردن فرزندان در بیرون از خانه امن است؟
 - بله / خیر
- آیا احساس می‌کنید فرزندان هر روز فعالیت بدنی کافی دارد؟
 - بله / خیر / گاهی اوقات
- فرزند شما چند ساعت در روز، در روزهای هفته، زمان صفحه نمایش (تلویزیون، بازی‌های ویدیویی، کامپیوتر، تلفن) دارد که مربوط به مدرسه نیست؟
 - کمتر از یک ساعت در روز
 - ۱-۲ ساعت در روز

- ۳-۴ ساعت در روز
- ۵ ساعت یا بیشتر در روز
- فرزند شما چند ساعت در روز، در آخر هفته، زمان صفحه نمایش (تلویزیون، بازی‌های ویدیویی، کامپیوتر، تلفن) دارد که مربوط به مدرسه نیست؟
 - کمتر از یک ساعت در روز
 - ۱-۲ ساعت در روز
 - ۳-۴ ساعت در روز
 - ۵ ساعت یا بیشتر در روز
- فرزند شما چقدر به خاطر ورزش مورد تمسخر قرار می‌گیرد؟
 - حداقل هفته‌ای یک بار
 - چند بار در ماه
 - چند بار در سال
 - کمتر از یک بار در سال
 - هرگز