

# پرسشنامه سنین و مراحل رشد ۲/ASQ ماهگی



زمان مناسب این فرم: ۱ ماه و ۰ روز تا ۲ ماه و ۳۰ روز تاریخ پرکردن فرم: / /

نام و نام خانوادگی کودک: / / تاریخ تولد: جنسیت:  دختر  پسر

نام و نام خانوادگی شما: آدرس:

نسبت شما با کودک:

والدین  مراقب کودک  پزشک کودک  سایر نسبت های خانوادگی

شهر: استان: کد پستی: تلفن منزل: موبایل:

نام افراد کمک کننده در پرکردن پرسشنامه:

در ادامه ی پرسشنامه سوالاتی مربوط به فعالیت های کودک است. کودک شما ممکن است تا الان بعضی از این فعالیت هایی که اینجا توصیف شده را انجام داده باشد و ممکن است بعضی هایشان را هنوز شروع نکرده باشد. لطفاً برای هر مورد در دایره مقابلش علامت بزنید که کودک شما فعالیت مربوطه را بصورت مرتب انجام می دهد، گاهی انجام می دهد یا هنوز انجام نداده است.

## نکات مهم برای یادآوری:

- قبل از پاسخگویی به هر مورد، آن فعالیت را با کودک خود امتحان کنید.
- پرکردن این پرسشنامه را برای خودتان و کودکان به شکل تفریح دربیابید.
- ابتدا مطمئن شوید که کودکان سیر است و خسته نیست.

## ارتباطات:

بله بعضی وقت ها نه هنوز

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

۱. آیا کودک شما گاهی اوقات صداهایی مثل غرغره کردن از گلویش درمی آورد؟

۲. آیا کودک شما صداهایی مثل "او" یا "گاه" یا "آه" را زمزمه میکند؟

۳. آیا هنگامی که با کودک خود صحبت می کنید، صداهایی را به شما برمی گرداند؟

۴. آیا هنگامی که با کودک خود حرف می زنید به شما لبخند می زند؟

۵. آیا کودک شما به نرمی پیش خودش می خندد؟

۶. بعد از این که مدتی در دید کودکان نبوده اید، آیا وقتی او شما را می بیند لبخند می زند و

هیجان زده می شود؟

حرکت های درشت:

بله	بعضی وقت ها	نه هنوز	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱. آیا هنگامی که کودک شما روی پشتش دراز کشیده، بازوهایش یا پاهایش را در هوا تکان می دهد؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲. آیا وقتی کودک شما روی شکم دراز کشیده، سرش را برای بیشتر از چند ثانیه بالا نگه می دارد؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۳. آیا وقتی کودک شما روی شکم دراز کشیده، سرش را به اطراف می چرخاند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۴. آیا هنگامی که کودک شما روی پشتش دراز کشیده، با پاهایش ضربه می زند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۵. آیا هنگامی که کودک شما روی پشتش دراز کشیده، سرش را از یک طرف به طرف دیگر می چرخاند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۶. هنگامی که روی شکم دراز کشیده، بعد از اینکه سرش را بالا نگه داشت، آیا سرش را به جای اینکه از جلو رهایش کند یا بندازدش از پشت روی زمین می گذارد؟

حرکت های ظریف:

بله	بعضی وقت ها	نه هنوز	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱. آیا دست های کودک شما وقتی که بیدار است معمولاً مشت شده و تنگ و بسته است؟ (اگر کودک شما قبلاً اینطور بود اما دیگر اینگونه نیست بله را علامت بزنید.)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲. آیا وقتی کف دست کودکتان را لمس می کنید، انگشت شما را در مشت می گیرد؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۳. آیا وقتی یک اسباب بازی در دستش قرار می دهید، او به وضوح آن را می گیرد؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۴. آیا کودک شما با دستانش، صورتش را لمس می کند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۵. آیا هنگامی که کودک شما بیدار است، دستانش را باز یا بخشی از آن را باز نگه می دارد؟ (اگر کودک شما قبلاً اینطور بود اما دیگر اینگونه نیست بله را علامت بزنید.)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۶. آیا کودک شما به لباس هایش چنگ می زند یا آن ها را می گیرد و می خاراند؟

توانایی حل مسئله

بله	بعضی وقت ها	نه هنوز	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱. آیا کودک شما به اشیایی که در فاصله ۲۰ تا ۲۵ سانتی متر از او هستند نگاه می کند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲. وقتی شما دورش می چرخید، کودکتان شما را با چشمانش دنبال می کند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۳. آیا هنگامی که یک اسباب بازی را جلوی صورتش به آرامی از یک سو به سوی دیگر حرکت می دهید، (در حدود ۲۵ سانتی متر فاصله) او اسباب بازی را با چشمانش دنبال می کند و گاهی سرش را می چرخاند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۴. آیا هنگامی که یک اسباب بازی را جلوی صورتش به آرامی بالا و پایین حرکت می دهید، (در حدود ۲۵ سانتی متر فاصله) او اسباب بازی را با چشمانش دنبال می کند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۵. وقتی کودکتان را در حالت نشسته نگه می دارید، او به یک اسباب بازی (تقریباً در اندازه یک فنجان یا پستانک) که جلوی او رو میز یا زمین گذاشته اید، نگاه می کند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۶. وقتی که یک اسباب بازی را بالای سر کودک وقتی روی پشتش دراز کشیده است تکان می دهید، آیا او دستش را به سمت آن دراز می کند؟

حیطه شخصی - اجتماعی:

- | بله                   | بعضی وقت ها           | نه هنوز               |  |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۱. آیا کودک شما گاهی اوقات حتی وقتی در حال خوردن تغذیه نیست، تلاش می کند که بمکد؟                          |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۲. آیا کودک شما هنگامی که گرسنه است، خودش را خیس کرده، خسته است یا زمانی که می خواهد بغل شود، گریه می کند؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۳. آیا کودک شما به شما لبخند می زند؟   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۴. آیا زمانی که شما به کودکتان لبخند می زنید، او هم به شما لبخند می زند؟                                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۵. آیا کودک شما دست هایش را تماشای می کند؟   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۶. وقتی که کودک شما سینه یا شیشه شیر را می بیند، آیا به نظر می رسد که فهمیده است قرار است تغذیه شود؟       |

موارد کلی:

در صورت نیاز، مراقب کودک یا پزشک می تواند از فضای خالی برای یادداشت نکاتشان استفاده کنند.

۱. آیا کودک شما از تست غربالگری شنوایی نوزاد با موفقیت عبور کرده است؟ اگر نه، توضیح دهید:

بله  خیر

۲. آیا کودک شما هر دو دست و هر دو پایش را به طور مساوی تکان می دهد؟ اگر نه توضیح دهید:

بله  خیر

۳. آیا هر یک از پدر یا مادر سابقه مشکلات شنوایی یا مشکلات در گستره دید داشته اند؟ اگر بله، توضیح دهید:

بله  خیر

۴. آیا کودک شما مشکل پزشکی ای داشته است؟ اگر بله، توضیح دهید:

بله  خیر

۵. آیا شما نگرانی ای درباره رفتار کودکتان دارید؟ (برای مثال در خوردن یا خوابیدن) اگر بله، توضیح دهید:  بله  خیر

۶. آیا چیزی در مورد کودکتان وجود دارد که شما را نگران کند؟ اگر بله، توضیح دهید:  بله  خیر



بله  نه

۱۴. هر مشکل پزشکی:

بله  نه

۵. نگرانی درباره رفتار:

بله  نه

۶. دیگر نگرانی‌ها:

● تفسیر امتیازات پرسشنامه و پیگیری‌های پیشنهادی:

شما باید مجموع امتیازات هر بخش، جواب‌های بخش جمع‌بندی و دیگر ملاحظات مثل فرصت‌های بهبود بخشیدن به مهارت‌ها را در نظر بگیرید تا بتوانید پیگیری مناسب را تشخیص دهید و برگزینید.

اگر مجموع امتیازات کودک در منطقه  سفید است، بالاتر از خط برش است و رشد کودک طبق برنامه است.

اگر مجموع امتیازات کودک در منطقه  طوسی روشن است، نزدیک به خط برش است. فعالیت‌های آموزشی را فراهم کنید و کودک را زیر نظر داشته باشید.

اگر مجموع امتیازات کودک در منطقه  خاکستری است، پایین‌تر از خط برش است. ارزیابی بیشتر با یک متخصص مورد نیاز است.

● پیگیری‌های مورد نیاز:

\_\_\_\_\_ انجام فعالیت‌ها و آزمایش مجدد بعد از ..... ماه.

\_\_\_\_\_ به اشتراک‌گذاری نتایج با پزشک مراقب کودک خود.

\_\_\_\_\_ تحت نظر گرفتن کودک برای بینایی، شنوایی یا رفتار کودک.

\_\_\_\_\_ مراجعه به ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی، بهداشتی و درمانی یا هر پزشک مورد نیاز برای سلامت کودک.

\_\_\_\_\_ مراجعه برای مداخله زودهنگام یا آموزش‌های زودهنگام کودک.

\_\_\_\_\_ هیچ پیگیری اضافه‌ای در این زمان نیاز نیست.

سایر پیگیری‌ها: