

زمان مناسب این فرم: ۳ ماه و ۰ روز تا ۴ 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:

پدر و مادر گرامی، اکنون که امکان ارزیابی کودک شما با این آزمون مهم فراهم شده است برای پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه ASQ به چند نکته مهم زیر توجه فرمایید:

۱. پرسشنامه طوری طراحی شده است که کودک ممکن است نتواند تمام فعالیت های مورد اشاره در آن را انجام دهد. از این موضوع متعجب یا ناراحت نشوید.

۲. سوالات برای هر سن در ۵ بخش اصلی طراحی شده اند:

- بخش برقراری ارتباط (که عمدتاً مربوط به سخن گفتن و شنوایی است)
- بخش حرکات درشت (که عمدتاً مربوط به حرکات پاها و بازوها است)
- بخش حرکات ظریف (که عمدتاً مربوط به حرکات دستها و انگشتان است)
- بخش حل مسئله (که عمدتاً مربوط به درک مفاهیم است)
- بخش شخصی - اجتماعی (که عمدتاً مربوط به رفتارهای فردی و رفتارهای اجتماعی کودک است)
- یک "بخش کلی" هم در پایان ۵ بخش اصلی وجود دارد که سوالات آن عمومی هستند.

۳. در مورد پاسخ هر کدام از سوالات اگر شک دارید، حتماً باید فعالیت مورد اشاره در آن سوال را با کودک خود امتحان کنید و سپس به سوال پاسخ دهید.

۴. در ۵ بخش اصلی، هر سوال سه پاسخ "بله"، "بعضی وقت ها" و "هنوز نه" دارد. توجه داشته باشید که بایستی فقط یکی از پاسخ ها علامت زده شود و در بخش کلی، پاسخ ها "بلی" یا "خیر" است و گاهی هم باید توضیح کوتاهی در پاسخ به سوالات نوشته شود.

- پاسخ "بلی" به معنی این است که کودک در حال حاضر قادر است فعالیت مورد نظر را انجام دهد.
- پاسخ "گاهی" به معنی این است که کودک به تازگی شروع به انجام فعالیت مورد نظر کرده است.
- پاسخ "هنوز نه" به معنی این است که کودک هنوز شروع به فعالیت مورد نظر نکرده است.

۵. توجه داشته باشید گاهی پیش می آید که کودک فعالیت مورد نظر را قبلا انجام می داده است ولی حالا به دلیل اینکه فعالیت پیشرفته تری را یاد گرفته است، دیگر آن فعالیت قبلی را انجام نمی دهد یا بندرت انجام میدهد. مثلا اگر سوال شده است "آیا کودک چهار دست و پا می رود؟" اگر کودک شما قبلا چهار دست و پا می رفته ولی حالا راه می رود، در این صورت بازهم باید پاسخ "بلی" را علامت بزنید.

۶. پرکردن پرسشنامه در سن مشخص شده بسیار اهمیت دارد، تا اولاً سن کودک از سن مناسب برای پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه نگذرد و ثانیاً در صورت وجود کوچکترین اشکال در تکامل او اقدام به موقع انجام شود.

۷. پاسخ به سوالات پرسشنامه را به یک بازی خانوادگی تبدیل نمایید، تا هم شما و هم کودکان از آن لذت ببرید. بهتر است کودک هنگام تکمیل پرسشنامه آماده بازی باشد.

۸. توجه کنید که بایستی مشخص فرمایید که چه کسی پرسشنامه را تکمیل می نماید. منظور کسی است که در مورد کودک اطلاعات بیشتری دارد و او است که به سوالات پاسخ می دهد. به این منظور نام و نسبت او با کودک را در قسمت بالا در پرسشنامه بنویسید.

برقراری ارتباط

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 در بیداری لبخند می زند؟

۲. زمانی که نزد کودک نیستید و او گریه می کند، آیا با دیدن شما گریه اش را متوقف می سازد؟

۳. آیا زمانی که صدایی غیر از صدای شما می شنود گریه اش را متوقف می سازد؟

۴. آیا جیغ می زند؟

۵. آیا با صدای بلند می خندد؟

۶. آیا زمانی که به اسباب بازی ها نگاه می کند از خودش صدا در آورد؟

حرکات درشت

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. درحالی که کودک به پشت خوابیده است (طاقباز)، آیا سرش را به طرفین حرکت می دهد؟

۲. هنگامی که روی شکم دراز کشیده، بعد از اینکه سرش را بالا نگه داشت، آیا سرش را به جای اینکه از جلو رهاش کند یا بندازدش، از پشت روی زمین می گذارد؟

۳. آیا وقتی کودک شما روی شکم دراز کشیده، سرش را برای حداقل ۱۵ ثانیه طوری که چانه اش حدود ۳ اینچ بالاتر از زمین باشد بالا نگه می دارد؟

۴. آیا وقتی کودک شما روی شکم دراز کشیده، سرش را به صورت مستقیم بالا نگه می دارد و به دور و اطراف نگاه می اندازد؟ (او در حال انجام این کار می تواند روی بازوهایش استراحت کند.)

۵. هنگامی که کودکان را در حالت نشسته قرار می دهید، آیا او سرش را ثابت نگه می دارد؟

۶. آیا هنگامی که کودک شما روی پشتش دراز کشیده، دو دستش را با هم بالای سینه اش می آورد و انگشتان خودش را لمس می کند؟

حرکات ظریف

بله	بعضی وقت ها	نه هنوز	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱. آیا کودک شما دستانش را باز یا بخشی از آن را باز نگه می‌دارد؟ (یا وقتی که نوزاد بود، مشت می‌کرد؟)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲. آیا وقتی یک اسباب بازی در دستش قرار می‌دهید، او حداقل به وضوح آن را تکان می‌دهد؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۳. آیا کودک شما به لباس هایش چنگ می‌زند یا آن‌ها را می‌گیرد و می‌خاراند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۴. آیا کودک شما وقتی یک اسباب بازی را در دستش قرار می‌دهید، آن را حدود یک دقیقه نگهش می‌دارد و به آن نگاه می‌کند، گاهی تکانش می‌دهد و تلاش می‌کند که آن را بچود؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۵. آیا وقتی کودکتان را در حالت نشسته قرار دهید یا وقتی روی شکمش دراز کشیده باشد، با انگشتانش سعی می‌کند بر سطحی که جلوی او باشد، چنگ بزند و آن را بخراشد؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۶. آیا وقتی کودکتان را در حالت نشسته قرار می‌دهید، دستش را دراز می‌کند تا اسباب بازی که روی میز نزدیکش قرار دارد را بگیرد؟ حتی اگر نتواند با انگشتانش آن را لمس کند.

حل مسئله

بله	بعضی وقت ها	نه هنوز	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱. آیا هنگامی که یک اسباب بازی را جلوی صورتش به آرامی از یک سو به سوی دیگر حرکت می‌دهید، (در حدود ۲۵ سانتی متر فاصله) او اسباب بازی را با چشمانش دنبال می‌کند و گاهی سرش را می‌چرخاند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲. آیا هنگامی که یک اسباب بازی کوچک را جلوی صورتش به آرامی بالا و پایین حرکت می‌دهید، (در حدود ۲۵ سانتی متر فاصله) او اسباب بازی را با چشمانش دنبال می‌کند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۳. وقتی کودکتان را در حالت نشسته نگه می‌دارید، او به یک اسباب بازی (تقریباً در اندازه یک فنجان یا پستانک) که جلوی او روی زمین گذاشته‌اید، نگاه می‌کند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۴. آیا وقتی که یک اسباب بازی در دستش قرار می‌دهید، به آن نگاه می‌کند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۵. آیا وقتی که یک اسباب بازی در دستش قرار می‌دهید، کودک شما آن را در دهانش قرار می‌دهد؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۶. وقتی که یک اسباب بازی را بالای سر کودک وقتی پشتش دراز کشیده است تکان می‌دهید، آیا او دستش را به سمت آن دراز می‌کند و در هوا تکان می‌دهد؟

شخصی-اجتماعی

بله	بعضی وقت ها	نه هنوز	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱. آیا کودک شما دست هایش را تماشا می‌کند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲. وقتی کودک شما دو دستش را کنار هم می‌آورد، با انگشتانش بازی می‌کند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۳. وقتی که کودک شما سینه یا شیشه شیر را می‌بیند، آیا به نظر می‌رسد که فهمیده است قرار است تغذیه شود؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۴. آیا کودک شما با دستانش در گرفتن شیشه شیر کمک می‌کند؟ یا هنگامی که شیر مادر را می‌خورد، با دست آزادش سینه مادر را نگه می‌دارد؟

بله بعضی وقت ها نه هنوز

۵. پیش از این که شما با کودکان حرف بزنید یا به او لبخند بزنید، او وقتی شما را نزدیکش می بیند به شما لبخند می زند؟

۶. آیا وقتی که کودک شما روبروی یک آئینه بزرگ است، به تصویر خودش لبخند می زند یا برایش صدا در می آورد؟

موارد کلی

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

بله خیر

۱. آیا کودک شما از هر دو دست و هر دو پایش به طور مساوی استفاده می کند؟ اگر نه، توضیح دهید:

بله خیر

۲. هنگامی که به کودک خود کمک می کنید تا بایستد، آیا کف پایش را اکثر اوقات کامل و صاف روی سطح زمین می گذارد؟ اگر نه، توضیح دهید:

بله خیر

۳. آیا شما از بابت این که کودکان خیلی ساکت است و مثل کودکان دیگر صدا در نمی آورد نگرانی دارید؟ اگر بله، توضیح دهید:

بله خیر

۴. آیا هر یک از پدر یا مادر سابقه ناشنوایی در کودکی یا مشکلات شنوایی داشته اند؟ اگر بله، توضیح دهید:

بله خیر

۵. آیا درباره بینایی کودکان نگرانی دارید؟ اگر بله، توضیح دهید:

بله خیر

۶. آیا در چند ماه گذشته کودکتان مشکل پزشکی داشته است؟ اگر بله، توضیح دهید:

بله خیر

۷. آیا شما نگرانی ای درباره رفتار کودکتان دارید؟ اگر بله، توضیح دهید:

بله خیر

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

خلاصه پرسشنامه ۴ ماهگی:

تاریخ تولد: / /

شماره شناسنامه کودک:

نام کودک:

● امتیاز بدهید و امتیازها را به جدول پایین انتقال دهید:

برای اطلاعات بیشتر و این که چگونه مواردی که جواب هایشان خالیست را امتیاز دهید، راهنمای کاربری را مشاهده کنید.

هنوز نه = ۰

گاهی اوقات = ۵

بله = ۱۰

امتیازها را اضافه کنید و مجموع هر قسمت را محاسبه کنید. در جدول پایین، مجموع امتیازات را منتقل کنید و دایره ای که مربوط به امتیاز شماست را پر کنید.

۶۰	۵۵	۵۰	۴۵	۴۰	۳۵	۳۰	۲۵	۲۰	۱۵	۱۰	۵	۰	امتیاز شما	خط برش	بخش
<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"/>		۳۴.۶۰	ارتباطات
<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"/>		۳۸.۴۱	حرکت های درشت
<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"/>		۲۹.۶۲	حرکت های ظریف
<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"/>		۳۴.۹۸	توانایی حل مسئله
<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"/>		۳۳.۱۶	شخصی-اجتماعی

● پاسخ های بخش موارد کلی را به قسمت پایین منتقل کنید: پاسخ های پررنگ شده نیاز به توضیح اضافی دارند.

بله نه

۱. از هر دو دست و هر دو پایش به یک اندازه استفاده می کند؟

بله نه

. بیشتر اوقات پاهایش را روی سطح، صاف می گذارد؟

بله نه

۳. نگرانی درباره صدا تولید نکردن؟

بله نه

۴. سابقه خانوادگی مشکلات شنوایی؟

بله نه

۵. نگرانی درباره بینایی؟

بله نه

۶. هر مشکل پزشکی قبلی؟

بله نه

۷. نگرانی درباره رفتار؟

بله نه

۸. دیگر نگرانی ها؟

● 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 کودکی.

___ هیچ پیگیری اضافه‌ای در این زمان نیاز نیست.

سایر پیگیری‌ها: