

زمان مناسب این فرم: ۷ ماه و ۰ روز تا ۸ 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 می‌آید که کودک فعالیت مورد نظر را قبلاً انجام می‌داده است ولی حالا به دلیل اینکه فعالیت پیشرفته‌تری را یاد گرفته است، دیگر آن فعالیت قبلی را انجام نمی‌دهد یا بندرت انجام می‌دهد. مثلاً اگر سوال شده است "آیا کودک چهار دست و پا می‌رود؟" اگر کودک شما قبلاً چهار دست و پا می‌رفته ولی حالا راه می‌رود، 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 می‌نماید. منظور کسی است که در مورد کودک اطلاعات بیشتری دارد و او است که به سوالات پاسخ می‌دهد. 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"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- وقتی کودک را هنگامی که در دید ریش نیستید صدا می‌کنید، او در جهت صدای شما نگاه می‌کند؟
 - وقتی صدای بلندی ایجاد می‌شود، آیا کودک شما می‌بیند که صدا از کجا آمده است؟
 - اگر صداهایی را که کودک شما تولید می‌کند تقلید کنید، او هم همان صداها را برای شما تکرار می‌کند؟
 - آیا کودک شما صداهایی مانند "کا"، "با"، "دا" و "گا" ایجاد می‌کند؟
 - آیا هنگامی که شما می‌گویید "نه-نه"، کودک شما به تن صدای شما جواب می‌دهد و فعالیتش را حداقل برای چند لحظه متوقف می‌کند؟
 - آیا کودک شما دو صدای شبیه هم را مثل "با-با"، "دا-دا" یا "گا-گا" در می‌آورد؟ (صداها نیاز نیست که معنی داشته باشند).

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"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- وقتی کودک خود را روی زمین می‌گذارید آیا او هنگام نشستن به دستان خود تکیه می‌دهد؟ (اگر او بدون اینکه به دستان خود تکیه داده باشد، صاف نشسته است، برای این مورد "بله" را علامت بزنید).
 - آیا وقتی کودک شما روی پشتش دراز کشیده، غلت می‌زند روی شکم و دستانش را از زیرش در می‌آورد؟
 - آیا کودک شما با تکیه کردن روی دستها و زانوها (چهار دست و پا)، حالت خزیدن پیدا می‌کند و می‌خزد؟
 - اگر هر دو دست کودک را فقط برای حفظ تعادلش گرفته اید، آیا او وزن خود را در حالت ایستاده تحمل می‌کند؟
 - وقتی که کودک شما روی زمین نشسته است، آیا برای چند دقیقه صاف می‌نشیند بدون اینکه از دستانش برای کمک گرفتن استفاده کند؟
 - هنگامی که شما به کودکان کمک می‌کنید کنار نرده یا حفاظ تختش بایستد، آیا او بدون اینکه سینه اش را به نرده ها تکیه دهد، خودش را ایستاده نگه می‌دارد؟

حرکات ظریف

بله	بعضی وقت ها	نه هنوز	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱. آیا کودک شما به چیزی به اندازه یک نخود یا لوبیا (کرن فلکس کوچک حلقوی) می‌رسد و آن را با انگشت یا دست لمس می‌کند؟ (اگر او قبلاً یک شی کوچک به اندازه یک نخود برداشته، برای این مورد "بله" را علامت بزنید.)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲. آیا کودک شما اسباب بازی کوچکی برمی‌دارد، آن را در وسط دست نگه دارد و انگشتانش را دور آن نگه دارد؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۳. آیا کودک شما حتی اگر قادر به برداشتن چیزی به اندازه یک نخود یا لوبیا نیست، با استفاده از انگشت شست و همه انگشتان خود سعی دارد آن را بردارد؟ (اگر او قبلاً چیزی به اندازه یک نخود یا لوبیا را برداشته است، برای این مورد "بله" را علامت بزنید.)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۴. آیا کودک شما فقط با یک دست اسباب بازی کوچکی را برمی‌دارد؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۵. آیا کودک شما به طور موفقیت آمیز چیزی به اندازه یک نخود یا لوبیا را با استفاده از شستش و بقیه انگشتانش برمی‌دارد؟ (اگر او قبلاً چیزی به اندازه یک نخود یا لوبیا را برداشته است، برای این مورد "بله" را علامت بزنید.)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۶. آیا کودک شما یک اسباب بازی کوچک را با سر انگشتان و شستش برمی‌دارد؟ (شما باید بتوانید فضایی بین اسباب بازی و کف دستش ببینید.)

حل مسئله

بله	بعضی وقت ها	نه هنوز	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱. آیا کودک شما اسباب بازی را برمی‌دارد و در دهان خود می‌گذارد؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲. وقتی کودک شما به پشت دراز کشیده است، آیا تلاش می‌کند اسباب بازی را که انداخته است را بردارد؟ البته اگر می‌تواند آن را ببیند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۳. آیا کودک شما با کوبیدن یک اسباب بازی به بالا و پایین روی زمین یا میز بازی می‌کند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۴. آیا کودک شما یک اسباب بازی را از یک دست به دست دیگر و به عقب و جلو می‌برد؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۵. آیا کودک شما دو اسباب بازی کوچک را، هر کدام با یک دست، برمی‌دارد و به مدت یک دقیقه در دستانش نگه‌شان می‌دارد؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۶. وقتی که یک اسباب بازی در دستش است، آیا کودک شما با آن به اسباب بازی دیگری که روی میز است ضربه می‌زند؟

شخصی-اجتماعی

بله	بعضی وقت ها	نه هنوز	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱. آیا کودک در حالی که به پشت خوابیده است، با گرفتن پایش بازی می‌کند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲. آیا کودک شما در مقابل یک آینه بزرگ، دست خود را برای به آینه زدن باز می‌کند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۳. آیا کودک شما سعی می‌کند اسباب بازی را که از دسترس خارج است، به دست آورد؟ (او ممکن است بغلند، روی شکم خود بچرخد، یا بخزد تا آن را به دست آورد.)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۴. در حالی که کودک شما به پشت است، آیا پای خود را در دهان خود قرار می‌دهد؟

بله بعضی وقت ها نه هنوز

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

۵. آیا کودکتان از یک فنجان که شما نگهش داشته اید آب، آبمیوه یا شیرخشک می خورد؟

۶. آیا کودکتان یک کلوچه یا بیسکویت را خودش می خورد؟

موارد کلی

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

۱. آیا کودک شما از هر دو دست و هر دو پا به یک اندازه استفاده می کند؟ اگر نه، توضیح دهید:

بله خیر

۲. آیا وقتی به کودک خود کمک می کنید تا بایستد، بیشتر اوقات پاهایش را روی سطح، صاف می گذارد؟ اگر نه، توضیح دهید:

بله خیر

۳. آیا شما نگران این هستید که کودک شما بیش از حد ساکت است یا مانند نوزادان دیگر صدایی ایجاد نمی کند؟ اگر بله، توضیح دهید:

بله خیر

۴. آیا هیچ یک از والدین سابقه خانوادگی ناشنوایی یا کم شنوایی در دوران کودکی دارند؟ اگر بله، توضیح دهید:

بله خیر

۵. آیا در مورد بینایی کودک خود نگرانی دارید؟ اگر بله، توضیح دهید:

بله خیر

۶. آیا در چند ماه گذشته کودک شما از نظر پزشکی مشکلی داشته است؟ اگر بله، توضیح دهید: بله خیر

۷. آیا نگرانی در مورد رفتار کودک خود دارید؟ اگر بله، توضیح دهید: بله خیر

۸. آیا چیزی در مورد کودک شما را نگران می‌کند؟ اگر بله، توضیح دهید: بله خیر

خلاصه پرسشنامه ۸ 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"/>		۳۳.۰۶	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"/>		۳۰.۶۱	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"/>		۴۰.۱۵	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"/>		۳۶.۱۷	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"/>		۳۵.۸۴	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

۲. 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: