

زمان مناسب این فرم: ۱۱ ماه و ۰ روز تا ۱۲ ماه و ۳۰ روز تاریخ پرکردن فرم: / /

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

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"/> | ۱. آیا وقتی کودک شما چیزی را می‌خواهد، با اشاره کردن به آن به شما می‌گوید؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۲. وقتی می‌پرسید توپ کجاست؟ (یا کفش یا هر چیز دیگر)، آیا او بر می‌گردد و به آن شی‌نگاه می‌کند؟
(مطمئن شوید که آن شی دور و بر باشد. حتی اگر برای یک شی هم این اتفاق می‌افتد، "بله" را علامت بزنید.) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۳. 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.) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۴. اگر شما از کودکان بخواهید، حتی اگر خود فعالیت را نشان ندهید حداقل یک حرکت یا بازی بچگانه را انجام می‌دهد؟ (مثل بای بای یا دالی کردن یا دست زدن یا هر بازی دیگری) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۵. آیا کودک شما از یک دستور ساده مثل "بیا اینجا"، "اینو بده من" یا "بذار سر جاش"، بدون اشاره دست شما پیروی می‌کند؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۶. آیا کودک شما سه کلمه مثل "ماما"، "بابا" یا "دادا" می‌گوید؟ (یک کلمه صدا یا صداهایی است که کودک شما می‌گوید و منظورش به صورت ثابت یک شخص یا یک شی است.) |

حرکات درشت

- | بله | بعضی وقت ها | نه هنوز | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۱. آیا هنگامی که کودک شما نرده تخت یا هر تکیه‌گاه دیگری از وسایل خانه را گرفته، خم می‌شود که یک اسباب بازی را از روی زمین بردارد و دوباره به حالت ایستاده برگردد؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۲. آیا هنگامی که کودک شما نرده تخت یا هر تکیه‌گاه دیگری را گرفته است، خودش را با کنترل پایین می‌آورد و نزدیک زمین می‌کند (بدون این که بیفتد پایین یا سقوط کند)؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۳. آیا کودک شما هنگامی که خودش را با یک دست نگه داشته، کنار نرده تخت یا هر وسیله دیگری از وسایل خانه راه می‌رود؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ۴. اگر فقط برای حفظ تعادل دو دست کودک را بگیرید، آیا او بدون این که بلغزد یا بیفتد، چند قدم رو به جلو راه می‌رود؟ (اگر کودکان قبلاً به تنهایی راه رفته است "بله" را علامت بزنید.) |

۵. اگر فقط برای حفظ تعادل فقط یک دست کودک را بگیرید، آیا او چند قدم رو به جلو راه می رود؟
(اگر کودکتان قبلاً به تنهایی راه رفته است "بله" را علامت بزنید.)

۶. آیا کودکتان، خودش به تنهایی وسط اتاق می ایستد و چند قدم رو به جلو می رود؟

حرکات ظریف

- | 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"/> |
۱. بعد از یک یا دو تلاش، آیا کودک شما رشته نخ را با انگشت اشاره و شستش برمی دارد؟
 ۲. آیا کودک شما چیزی به اندازه یک نخود یا لوبیا را با استفاده از سر شستش و یک انگشت دیگر برمی دارد؟
(اومی تواند هنگام انجام این کار برای استراحت، آرنجش یا دستش را روی میز بگذارد.)
 ۳. آیا کودک شما یک اسباب بازی کوچک را بدون این که آن را بیندازد، روی زمین میگذارد و سپس دستش را از روی آن برمی دارد؟
 ۴. آیا بدون این که برای استراحت، آرنجش یا دستش را روی میز بگذارد، کودک شما چیزی به اندازه یک نخود یا لوبیا را با استفاده از سر شستش و یک انگشت دیگر برمی دارد؟
 ۵. آیا کودک شما یک توپ کوچک را با یک حرکت رو به جلوی بازو، پرت می کند؟ (اگر توپ به سادگی از دستش میفتد "هنوز نه" را برای این مورد علامت بزنید.)
 ۶. آیا کودک شما به ورق زدن یک کتاب کمک می کند؟ (شما می توانید صفحه ای را برایش نگه دارید تا به آن چنگ بزند یا ورقش بزند.)

حل مسئله

- | 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"/> |
۱. آیا هنگامی که یک اسباب بازی را در هر دستش گرفته، آن ها را مانند حالت دست زدن بهم دیگر میزند؟
 ۲. آیا کودک شما تلاش می کند که چیزی به اندازه یک نخود یا لوبیا را که درون یک بطری شفاف است را بگیرد؟
(مثل بطری پلاستیکی نوشابه یا شیشه شیر)
 ۳. بعد از اینکه تماشا کرد شما یک اسباب بازی کوچک را زیر یک تکه کاغذ یا زیر لباس قایم کردید، آیا کودک شما پیدایش می کند؟ (مطمئن شوید که اسباب بازی کاملاً پنهان شده)
 ۴. اگر شما یک اسباب بازی کوچک را درون یک کاسه یا جعبه بگذارید، آیا کودک شما با گذاشتن یک اسباب بازی در آنجا از شما تقلید می کند؟ اگر چه ممکن است دست از سر آن برندارد. (اگر او قبلاً اسباب بازی را به داخل ظرف یا جعبه ای رها کرده است، برای این مورد "بله" را علامت گذاری کنید.)
 ۵. آیا کودک شما دو اسباب بازی کوچک را یکی پس از دیگری درون ظرفی مثل یک کاسه یا جعبه می اندازد؟
(می توانید نشان دهید او چگونه این کار را انجام دهد.)
 ۶. بعد از اینکه با مداد رنگی (یا مداد یا خودکار) روی کاغذ خط خطی می کنید، آیا کودک شما خط خطی کردن شما را تقلید می کند؟ (اگر او قبلاً خودش خط خطی کرده است، برای این مورد "بله" را علامت گذاری کنید.)

شخصی-اجتماعی

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"/>

۱. وقتی شما دستتان را بالا نگه داشته اید و اسباب بازی اش را می‌خواهید، آیا کودکتان اسباب بازی را به شما پیشنهاد می‌دهد و جلو می‌آورد حتی اگر نگذارد که آن را از شما بگیرد؟ (اگر اسباب بازی را به شما می‌دهد، "بله" را بزنید).

۲. هنگامی که لباس تن کودکتان می‌کنید، وقتی که دستش وارد سوراخ آستینش شد، دستش را به داخل آستین لباس هل می‌دهد؟

۳. هنگامی که دستتان را نگه می‌دارید و اسباب بازی را از کودک می‌خواهید، آیا او آن را در دست شما می‌گذارد؟

۴. آیا هنگام پوشیدن کودک، آیا او پای خود را برای پوشیدن کفش، جوراب یا پاچه شلوار بلند می‌کند؟

۵. آیا کودک شما یک توپ را به سمت شما می‌گلتاند یا پرتاب می‌کند تا بتوانید آن را به او برگردانید؟

۶. آیا کودک شما با در آغوش کشیدن عروسک یا حیوان پنبه ای و عروسکی، بازی می‌کند؟

موارد کلی

در صورت نیاز والدین یا پرکننده پرسشنامه می‌توانند از فضای خالی برای یادداشت نکاتشان استفاده کنند.

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

بله خیر

۲. آیا کودک شما با صداها بازی می‌کند یا به نظر می‌رسد کلمات را تولید می‌کند؟ اگر نه، توضیح دهید:

بله خیر

۳. آیا وقتی به کودک خود کمک می‌کنید تا بایستد، بیشتر اوقات پاهایش را روی سطح، صاف می‌گذارد؟ اگر نه، توضیح دهید:

بله خیر

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

بله خیر

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

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

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

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

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

خلاصه پرسشنامه ۱۲ ماهگی:

نام کودک:

شماره شناسنامه کودک:

تاریخ تولد: / /

● 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.

بخش	خط برش	امتیاز شما
ارتباطات	۱۵/۶۴	
حرکت های درشت	۲۱/۴۹	
حرکت های ظریف	۳۴/۵۰	
توانایی حل مسئله	۲۷/۳۲	
شخصی-اجتماعی	۲۱/۷۳	

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

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

بله نه

۲. با صداها بازی می کند یا به نظر می رسد دارد کلمه می سازد؟

بله نه

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

بله نه

۴. نگرانی درباره صدا تولید نکردن؟

بله نه

بله نه

۵. سابقه خانوادگی مشکلات شنوایی؟

بله نه

۶. نگرانی درباره بینایی؟

بله نه

۷. هر مشکل پزشکی قبلی؟

بله نه

۸. نگرانی درباره رفتار؟

بله نه

۹. 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 اشتراک گذاری نتایج با پزشک مراقب کودک خود.

_____ برای غربالگری شنوایی، بینایی و یا رفتاری به پزشک مربوطه مراجعه شود. (مواردی که دور آنها دایره کشیده‌اید).

_____ مراجعه به ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی، بهداشتی و درمانی یا هر پزشک مورد نیاز برای سلامت کودک. دلایل خاص:

_____ مراجعه برای مداخله زودهنگام یا آموزش‌های زودهنگام کودک.

_____ هیچ پیگیری اضافه‌ای در این زمان نیاز نیست.

سایر پیگیری‌ها: