

نام کودک:	نام خانوادگی کودک:	جنس:
تاریخ تولد: / /	سن اصلاح شده: ماه	نام تکمیل کننده:
نسبت تکمیل کننده با کودک:	تاریخ تکمیل:	تلفن تماس تکمیل کننده:
استان:	شهرستان:	روستا:
نام مرکز:	نام پرستشگر:	شماره تلفن مرکز:

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 فعالیت‌های 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 : (۱)بخش برقراری ارتباط (که عمدتا مربوط به سخن گفتن و شنوایی است) (۲)بخش حرکات درشت (که عمدتا مربوط به حرکات پاها و بازوها است)(۳)بخش حرکات ظریف (که عمدتا مربوط به حرکات دستها و انگشتان است)(۴)بخش حل مسئله (که عمدتا مربوط به درک مفاهیم است)و (۵) بخش شخصی-اجتماعی (که عمدتا 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، حتما 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 "بلی" ، "گاهی" 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- پر کردن و برگرداندن سریع پرسشنامه بسیار اهمیت دارد، تا اولاً سن کودک از سن مناسب برای پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه نگذرد و ثانياً در صورت وجود کوچکترین اشکال در تکامل او اقدام به موقع انجام شود.پس پرسشنامه را به موقع تکمیل فرمایید و هر چه زودتر به محلی که از آن تحویل گرفته اید ، برگردانید.

۷- پاسخ به سوالات پرسشنامه را به یک بازی خانوادگی تبدیل نمایید، تا هم شما وهم 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.


۹- در صورت بروز هر گونه مشکل در پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه با شماره تلفن مرکزی که پرسشنامه را از آنجا دریافت کرده اید ، تماس بگیرید.

۱۰- یاد آوری می کنیم که پرسشنامه بعدی را باید ۲ ماه بعد از مرکز دریافت کرده، تکمیل نمایید .

حیطه برقراری ارتباط				پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را در مورد فرزندان مشاهده یا تجربه کرده اید .		
	بله	گاهی	هنوزنه			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- آیا کودک در بیداری لبخند می زند ؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- زمانی که نزد کودک نیستید و او گریه می کند، آیا با دیدن شما گریه اش را متوقف می سازد؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- آیا زمانی که صدایی غیر از صدای شما می شنود گریه اش را متوقف می سازد ؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- آیا جیغ می زند؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- آیا با صدای بلند می خندد ؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- آیا زمانی که به اسباب بازی ها نگاه می کند از خودش صدا در آورد ؟		
جمع کل ----						



حیطه حرکات درشت				پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را در مورد فرزندان مشاهده یا تجربه کرده اید .		
	بله	گاهی	هنوزنه			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- درحالی که کودک به پشت خوابیده است (طاقباز) ، آیا سرش را به طرفین حرکت می دهد؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- در حالی که کودک روی شکمش خوابیده و سرش را بالا نگه داشته است آیا می تواند خودش را پایین بیاورد؟ (بدون اینکه سرش بی اختیار بیفتد؟)		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- زمانی که کودک روی شکمش خوابیده ، سرش را به مدت حداقل ۱۵ ثانیه بالا نگه می دارد طوری که فاصله با کف زمین حدود ۳ یا ۴ انگشت بسته باشد ؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- زمانی که روی شکمش خوابیده است ، آیا سرش را بالا آورده به اطراف نگاه می کند؟ (حین انجام این کار ، او می تواند به دست هایش نیز تکیه دهد.)		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- زمانی که کودک را در وضعیت نشسته قرار می دهید ، آیا سرش را صاف نگه می دارد ؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- در حالیکه کودک به پشت خوابیده ، آیا انگشتانش را روی سینه به هم می رساند ؟		
جمع کل ----						

حیطه حرکات ظریف				پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را در مورد فرزندتان مشاهده یا تجربه کرده اید .		
		بله	گاهی	هنوزنه		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- آیا کودک انگشتان دستهایش را به طور کامل و یا تا حدی باز می کند؟ (در مقایسه با حالت مشت شده انگشتان در دوران نوزادی)		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- زمانی که یک اسباب بازی را در دست کودک می گذارید، آیا آن را برای مدت کوتاهی تکان می دهید؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- آیا کودک لباسش را می گیرد و یا به آن چنگ می زند؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- زمانی که یک اسباب بازی را در دست کودک می گذارید، آیا در حالی که حدود یک دقیقه نگاه داشته ، به آن نگاه می کند ، آن را تکان می دهد یا می جود ؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- در حالیکه کودک را در وضعیت نشسته نگاه داشته، یا بر روی شکمش قرار داده اید، آیا زمین جلوی خود را با انگشتان چنگ می زند؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- زمانی که کودک را در وضعیت نشسته نگاه داشته اید، آیا برای گرفتن اسباب بازی نزدیک خودش، دستش را به طرف آن دراز می کند، هر چند که ممکن است دستش به آن نرسد ؟		
جمع کل ----						

حیطه حل مسئله				پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را در مورد فرزندتان مشاهده یا تجربه کرده اید .		
		بله	گاهی	هنوزنه		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- زمانی که یک اسباب بازی را مقابل کودک (در فاصله تقریباً یک وجب) به آرامی به طرفین حرکت می دهید، آیا با چشم هایش اسباب بازی را دنبال میکند و گاهی نیز سرش را می چرخاند ؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- زمانی که یک اسباب بازی را در مقابل صورت کودک (در فاصله تقریباً یک وجب) به آهستگی به بالا و پایین حرکت می دهید، آیا با چشم هایش اسباب بازی را دنبال می کند؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- زمانی که کودک را در حالت نشسته نگاه داشته اید، آیا به اسباب بازی (در حدود اندازه فنجان یا جفجه) که روی میز یا زمین در مقابلش قرار داده اید نگاه می کند ؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- زمانی که یک اسباب بازی را در دست کودک خود قرار می دهید ، آیا به آن نگاه می کند ؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- زمانی که یک اسباب بازی را در دست کودک قرار می دهید، آیا آن را به دهانش می برد؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- در حالی که کودک به پشت خوابیده ، آیا دستش را به اسباب بازی ای که از بالا آویزان کرده اید حرکت می دهد؟		
جمع کل ----						

حیطه شخصی-اجتماعی

پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را در مورد فرزندان مشاهده یا تجربه کرده اید .

بله	گاهی	هنوز نه	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- آیا کودک به دست هایش نگاه می کند؟ 
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- زمانی که کودک دست هایش را به هم می رساند، آیا با انگشتانش بازی می کند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- زمانی که کودک پستان مادر یا بطری شیر را می بیند آیا می فهمد که وقت شیر خوردن است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- زمانی که کودک شیر می خورد آیا با دست آزاد خود پستان مادر را می گیرد یا هنگام شیر خوردن از بطری سعی می کند شیر را با هر دو دست خود نگاه دارد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- پیش از اینکه به کودک لبخند بزنید با او صحبت کنید، آیا با دیدن شما لبخند می زند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- زمانی که کودک روبروی یک آینه قرار می گیرد، آیا به خودش لبخند می زند یا با خودش غان و غون می کند؟ 

جمع کل ----

موارد کلی

بله	خیر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- به نظر شما آیا کودکان خوب می شنود؟ اگر نه توضیح دهید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- آیا کودک از دو دست خود در یک حد استفاده می کند؟ اگر نه توضیح دهید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- زمانی که به کودکان کمک می کنید تا در حالت ایستاده فرار گیرند ، آیا در اکثر مواقع روی کف پاهایش می ایستند؟ اگر نه توضیح دهید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- آیا سابقه ناشنوایی و یا مشکلات شنوایی در دوران کودکی اعضای خانواده هر یک از والدین وجود دارد؟ اگر بله توضیح دهید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- آیا به نظر شما ، کودکان از نظر بینایی مشکلی دارند؟ اگر بله توضیح دهید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- آیا در مورد کودک خود نگرانی خاصی دارید؟ اگر بله توضیح دهید .