

| | | |
|---------------------------|------------------------|------------------------|
| 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 پرسشگر: | 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 عمدتاً مربوط به سخن گفتن و شنوایی است) (۲)بخش حرکات درشت (که عمدتاً مربوط به حرکات پاها و بازوها است)(۳)بخش حرکات ظریف (که عمدتاً مربوط به حرکات دستها و انگشتان است)(۴)بخش حل مسئله (که عمدتاً مربوط به درک مفاهیم است)و (۵) 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 "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 قبلاً 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 .مثلاً اگر سوال شده است "آیا کودک چهار دست و پا می رود ؟" اگر کودک شما قبلاً 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 ثانیاً 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 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.

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 ۲ماه بعد از مرکز دریافت کرده، تکمیل نمایید .

| حیطه برقراری ارتباط | | | | پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را در مورد فرزندتان مشاهده یا تجربه کرده اید . | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|---|--------------------------|--------------------------|--|
| بله | گاهی | هنوزنه | | بله | گاهی | هنوزنه | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1- آیا کودک جیغ می زند ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2- زمانی که کودک با صدای خودش بازی میکند ، آیا از خودش صداهای کلفت یا حلقی مانند قرقر یا خرخر را در می آورد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3- زمانی که خارج از دید کودک هستید و او را صدا می کنید، آیا به سمت شما برمی گردد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4- زمانی که صدای بلندی می آید، آیا کودک برمی گردد تا ببیند آن صدا از کجا آمد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5- آیا کودک صداهایی مانند "ا" "گا"، "با" را از خودش در می آورد ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6- اگر صداهایی که کودکان از خودش در می آورد را تقلید کنید، آیا آن صداها را بعد از شما تکرار می کند؟ |
| جمع کل ---- | | | | | | | |

| حیطه حرکات درشت | | | | پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را در مورد فرزندتان مشاهده یا تجربه کرده اید . | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|---|--------------------------|--------------------------|---|
| بله | گاهی | هنوزنه | | بله | گاهی | هنوزنه | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1- درحالی که کودک به پشت خوابیده است ، آیا پاهایش را تا حدی که بتواند آنها را ببیند، بالا می آورد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2- زمانی که کودک روی شکمش خوابیده است، آیا دستهایش را از آرنج صاف کرده و سینه اش را کاملا از کف زمین بالا می آورد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3- آیا کودک از حالت خوابیده به پشت ، روی شکم غلت زده و دست هایش را از زیر تنه اش بیرون می کشد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4- زمانی که کودک را روی زمین می نشانید آیا از دست هایش به عنوان تکیه گاه استفاده می کند؟ (اگر پیش از این خودش بدون تکیه دادن به دست هایش، صاف می نشسته است، باید پاسخ بله را علامت بزنید) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5- اگر هر دو دست کودک را صرفا برای حفظ تعادل وی بگیرید، آیا در حالی که ایستاده است، وزنش را روی پاهایش تحمل می کند؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6- آیا کودک با قرار گرفتن روی دست ها و زانوهایش، به حالت چهار دست و پا در می آید؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| جمع کل ---- | | | | | | | |

| حیطه حرکات ظریف | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

۱- هر گاه اسباب بازی را در مقابل کودک نگاه می دارید، آیا آن را می گیرد و به آن نگاه می کند ، به دو طرف حرکت می دهد، یا برای حدود یک دقیقه آن را در دهانش گذاشته و می جود ؟

۲- آیا کودک هم زمان هر دو دستش را به سمت اسباب بازی دراز می کند و یا آن را می گیرد ؟

۳- آیا کودک دستش را به سمت چیزی به اندازه نخود یا لوبیا دراز می کند و به آن دست می زند(اگر پیش از این نیز چیزی به اندازه آن بر می داشته ، پاسخ "بله" را علامت بزنید).



۴- آیا کودک اسباب بازی کوچکی را بر میدارد ، و آن را در کف دستش به نحوی که انگشتانش دور آن هستند، نگاه می دارد؟






۵- آیا کودک سعی می کند تا چیزی به اندازه نخود یا لوبیا را با حرکات انگشت شست خود همراه سایر انگشتانش (مطابق شکل) چنگ بزند هر چند که ممکن است نتواند آن را بردارد؟(اگر پیش از این نیز خودش چیزی به اندازه نخود یا لوبیا را بر می داشته پاسخ "بله" را علامت بزنید).



۶- آیا کودک بیشتر با یک دست شیء کوچک را بر می دارد؟







| 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 مقابل کودک است ، آیا هر دو دستش را به سمت آن دراز می کند؟ | | |
| --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲- زمانی که به پشت خوابیده است، آیا برای پیدا کردن اسباب بازی ای که انداخته است سرش را می چرخاند؟(اگر پیش از این نیز خودش اسباب بازی را بر می داشته پاسخ "بله" را علامت بزنید). | | |
| --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۳- زمانی که به پشت خوابیده است، آیا برای برداشتن اسباب بازی که انداخته است در صورتی که بتواند آن را ببیند ، تلاش می کند؟ | | |
| --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۴- آیا کودک در اغلب موارد اسباب بازی را بر می دارد و به دهانش می برد؟  | | |
| --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۵- آیا کودک اسباب بازی را از یک دست به دست دیگرش می دهد؟  | | |
| --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۶- آیا کودک با کوبیدن یک اسباب بازی بر روی زمین یا میز، بازی می کند؟  | | |

جمع کل ----

حیطه شخصی-اجتماعی

بیش 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- زمانی که کودک شما روبروی یک آینه بزرگ قرار می گیرد، آیا به خودش لبخند می زند یا با خودش غان و غون می کند ؟  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲- آیا کودک در برخورد با افراد غریبه رفتاری متفاوت از رفتاری که با شما و سایر افراد آشنا دارد، نشان می دهد؟(واکنش در مقابل افراد غریبه ممکن است شامل خیره شدن، اخم کردن، کناره جویی یا گریه کردن باشد). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۳- در حالی که کودک به پشت خوابیده است، آیا با گرفتن پایش بازی می کند؟  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۴- زمانی که کودک در مقابل آینه بزرگ قرار می گیرد، آیا دستش را برای کشیدن یا زدن روی آینه دراز می کند ؟  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۵- در حالی که کودک به پشت خوابیده ، آیا پایش را به دهانش می برد؟  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۶- آیا کودک برای گرفتن اسباب بازی ای که دور از دسترس اوست تلاش می کند؟(او ممکن است برای گرفتن آن ، غلت بزند، روی شکم خود بچرخد یا چهار دست و پا برود). |
| 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 قرار گیرند ، آیا در اکثر مواقع روی کف پاهایش می ایستد ؟ 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 دارد؟ اگر بله توضیح دهید . |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۶- آیا در مورد کودک خود نگرانی خاصی دارید ؟ اگر بله توضیح دهید . |