

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 پرستار:	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 نگردد 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 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 ۲ ماه 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"/>	---
<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"/>	---	<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"/>	---
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"/>	---
<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"/>	---	<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"/>	---
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"/>	 <p>۱- آیا اسباب بازی های کوچک را یک دستی برمی دارد؟</p>			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 <p>۲- 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).</p>			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 <p>۳- آیا کودک اسباب بازی کوچکی را با نوک انگشت شست خود و سایر انگشتانش برمی دارد؟ (باید دست کودک و اسباب بازی فاصله باشد).</p>			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 <p>۴- آیا کودک بعد از کمی تلاش ، یک تکه نخ یا ریسمان را با انگشت شست خود برمی دارد؟ (به عنوان مثال نخى که به یک اسباب بازی وصل است).</p>			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 <p>۵- آیا کودک چیزی به اندازه نخود یا لوبیا را با نوک انگشت شست و نوک یک انگشت دیگر برمی دارد؟ ممکن است که دست خود را موقع انجام این کار به سطحی که شیء روی آن است ، تکیه دهد).</p>			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>۶- آیا کودک اسباب بازی کوچکی را بدون اینکه آن را ببیند ، روی زمین می گذارد و سپس دستش را از روی آن برمی دارد؟</p>			

جمع کل ----

حیطه حل مسئله				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"/>	 <p>۱- آیا کودک اسباب بازی را از یک دست به دست دیگری می دهد؟</p>			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 <p>۲- آیا کودک دو اسباب بازی کوچک، با هر دستش یکی را برداشته ، و آنها را حدود یک دقیقه نگاه می دارد؟</p>			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 <p>۳- زمانی که کودک یک اسباب بازی را در دستش نگاه می دارد ، آیا آن را به اسباب بازی دیگری که مقابلش قرار دارد می کوید ؟</p>			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>۴- در حالیکه در هر دستش یک اسباب بازی کوچک دارد، آیا آن دو اسباب بازی را به همدیگر می زند (مانند دست دستی کردن)؟</p>			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>۵- آیا کودک به چیزی به اندازه نخود یا لوبیا که در داخل بطری شفافی (مانند بطری پلاستیکی یا شیشه شیر) است، دهان می زند یا سعی می کند آن را بیرون بیاورد؟</p>			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>۶- آیا کودک با کوبیدن یک اسباب بازی بر روی زمین یا میز، بازی می کند ؟</p>			

جمع کل ----

حیطه شخصی-اجتماعی

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- در حالی که کودک به پشت خوابیده است، آیا با گرفتن پایش بازی می کند؟ 
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- آیا کودک از استکان یا فنجان می نوشد که شما آن را برایش نگه داشته اید، آب، آب میوه یا هر مایع دیگری را می نوشد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- آیا کودک خودش می تواند یک تکه نان یا بیسکویت را بخورد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- زمانی که دست خود را دراز می کنید و از کودک می خواهید اسباب بازی اش را به شما بدهد، آیا کودک آن را به سوی شما دراز می کند؟ هر چند ممکن است آن را به شما ندهد(اگر هم اسباب بازی اش را به شما می دهد پاسخ "بله" را علامت بزنید).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- زمانی که لباس هایش را تنش می کنید، تا دستش در حلقه آستین فرار می گیرد آیا آن را به داخل آستین می برد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- زمانی که دست خود را دراز می کنید و از کودک می خواهید تا اسباب بازی اش را به شما بدهد ، آیا آن را در دست شما می گذارد؟
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 گیرد ، 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 .