

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 وهم کودکان از آن لذت ببرید . بهتر است کودک هنگام تکمیل پرسشنامه آماده بازی باشد .


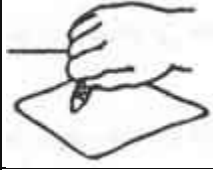
۸- توجه کنید که بایستی مشخص فرمایید که چه کسی پرسشنامه را تکمیل می نماید . منظور کسی است که در مورد کودک اطلاعات بیشتری دارد و او است که به سوالات پاسخ می دهد. به این منظور نام و نسبت او با کودک را در قسمت بالا در پرسشنامه بنویسید.


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 ۲ماه بعد از مرکز دریافت کرده، تکمیل نمایید .

در این سن وقتی از کودک می خواهید تا کاری را انجام دهد، ممکن است که وی همکاری نکند. شاید لازم باشد که شما فعالیت‌های زیر را بیش از یک بار امتحان کنید. در صورت امکان این فعالیت را زمانی امتحان کنید که کودک همکاری می کند. اگر کودک توانایی انجام فعالیت را دارد ولی از انجام آن امتناع می کند، پاسخ "بله" را برای آن فعالیت بزنید.				
حیطه برقراری ارتباط      بیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را در مورد فرزندتان مشاهده یا تجربه کرده اید .				
	بله	گاهی	هنوزنه	
۱- آیا کودک به تصاویر کتاب اشاره می کند، دستش را روی آنها می کشد، یا تلاش می کند آنها را بردارد ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
۲- آیا کودک علاوه بر "ماما" و "بابا" چهار کلمه دیگر یا بیشتر از آن را می گوید ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
۳- زمانی که کودک چیزی را می خواهد، درخواست خود را با اشاره به آن بیان می کند ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
۴- زمانی که از کودک خود می خواهید تا به اتاق دیگر برود و یک اسباب بازی یا شیء آشنا را پیدا کند، آیا این کار را انجام می دهد؟ برای مثال می پرسید ، "توپت کجاست؟" یا "لباست را بیار بده به من" یا "برو بالشت را بیاور".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
۵- آیا کودک یک جمله دو کلمه ای را تقلید می کند؟ برای مثال ، زمانی که یک عبارت دو کلمه ای مثل "مامان خورد"، "بابا رفت"، "آب بده" یا "این چیه؟" را می گوید آیا کودک هر دو کلمه را برایتان تکرار می کند؟ (حتی اگر کلمات کودک به سختی قابل فهم هستند، پاسخ "بله" را علامت بزنید).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
۶- آیا کودک علاوه بر "ماما" و "بابا" هشت کلمه دیگر یا بیشتر از آن را می گوید ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
جمع کل ----				

حیطه حرکات درشت      بیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را در مورد فرزندتان مشاهده یا تجربه کرده اید .				
	بله	گاهی	هنوزنه	
۱- آیا کودک می تواند وسط اتاق بدون تکیه به چیزی، بلند شده، بایستد و چند قدم به جلو بردارد ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
۲- آیا کودک از وسایلی مثل صندلی ، چهار پایه یا تخت یا پستی بالا می رود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
۳- آیا کودک برای برداشتن چیزی از روی زمین ، خم می شود یا چمباتمه می زند . سپس بدون هیچ گونه کمکی دوباره می ایستد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
۴- آیا کودک برای حرکت کردن به جای چهار دست و پا ، راه می رود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
۵- آیا کودک به خوبی راه می رود و به ندرت زمین می خورد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
۶- آیا کودک برای دست یافتن به چیزی که آن را می خواهد، از چیزهایی مثل صندلی ، چهارپایه یا تخت بالا می رود ؟	<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"/>	۱- آیا کودک همراه با شما صفحات کتاب را ورق می زند؟(برای انجام این کار می توانید یک ورق را بلند کنید تا آن را بگیرد).			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- آیا کودک توپ کوچکی را که در دست دارد، با حرکت دادن دستش به سمت جلو، پرتاب می کند؟(اگر توپ را فقط پایین می اندازد، پاسخ "خیر" را علامت بزنید).			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- آیا کودک یک مکعب یا اسباب بازی را بر روی مکعب یا اسباب بازی دیگر قرار می دهد؟(می توانید از قرقره های نخ، جعبه های کوچک، یا اسباب بازی هایی که اندازه آنها حدود ۲,۵ سانتی متر است نیز استفاده کنید).			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- آیا کودک سه مکعب یا اسباب بازی کوچک را بدون کمک و به تنهایی بر روی هم قرار می دهد؟			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- آیا کودک با نوک مداد یا خودکار ، خط خطی می کند؟			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- آیا کودک صفحات کتاب را خودش به تنهایی ورق می زند؟(ممکن است که هر بار چند صفحه را با هم ورق بزند).			
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"/>	۱- پس از اینکه با مداد یا خودکار روی کاغذ خط خطی کردید ، آیا کودک از کار شما تقلید کرده و خط خطی می کند ؟ ( اگر پیش از این نیز خودش خط خطی می کرده ، پاسخ "بله" را علامت بزنید).			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- آیا کودک به چیزی به اندازه نخود یا لوبیا که در داخل بطری شفافی(مانند پلاستیکی یا شیشه یا شیشه شیر) است، دهان می زند یا سعی می کند آن را بیرون بیاورد؟			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- آیا کودک چند (شش یا بیشتر ) اسباب بازی کوچک را داخل ظرفی مثل کاسه یا جعبه می اندازد؟(می توانید نحوه انجام این کار را به او نشان دهید).			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- پس از اینکه به کودک نشان دادید که چگونه می توان با استفاده از یک قاشق ، یک تکه چوب یا یک وسیله مشابه دیگر، اسباب بازی کوچکی را که کمی دور است بدست آورد، آیا کودک سعی می کند تا چنین کاری را انجام دهد؟			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- بدون اینکه ابتدا نحوه خط خطی کردن را به کودک نشان دهید، زمانی که مداد یا خودکار را به کودک می دهید ، آیا او خط خطی می کند؟			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- پس از اینکه چیزی به اندازه نخود یا لوبیا داخل یک بطری می افتد، آیا کودک برای بیرون آوردن آن ، بطری را سر و ته می کند؟(می توانید نحوه انجام این کار را به او نشان دهید).			
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	هنوزنه	
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- آیا خودش با قاشق غذا می خورد(گر چه ممکن است مقداری از غذا را بریزد).
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- آیا به درآوردن جوراب، کلاه یا دستکش خودش کمک می کند؟
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- آیا کودک در بازی با عروسک یا هر گونه حیوان پارچه ای ، آن را بغل می کند؟
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- درحالی که به خودش در آینه نگاه می کند، آیا اسباب بازی را به تصویر خودش تعارف می کند؟
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- آیا برای جلب توجه شما یا در تلاش برای نشان دادن چیزی ، دست یا لباس شما را می کشد؟
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- وقتی به کمک شما نیاز داردمثلاً برای کوک کردن یک اسباب بازی یا باز کردن کاغذ آب نبات یا بیسکویت به سراغ شما می آید؟
جمع کل ----				

موارد کلی

خیر	بله	
<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- به نظر شما آیا کودکان مثل هم سن و سالانش حرف می زند ؟اگر نه توضیح دهید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- آیا شما اکثراً آنچه که کودکان می گوید، می فهمید ؟اگر نه توضیح دهید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- به نظر شما آیا کودکان مثل هم سن و سالانش راه می رود ، می دود و از وسایل بالا می رود؟ اگر نه توضیح دهید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- 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"/>	۶- آیا به نظر شما ، کودکان از نظر بینایی مشکلی دارد؟ اگر بله توضیح دهید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷- آیا در مورد کودک خود نگرانی خاصی دارید ؟اگر بله توضیح دهید .