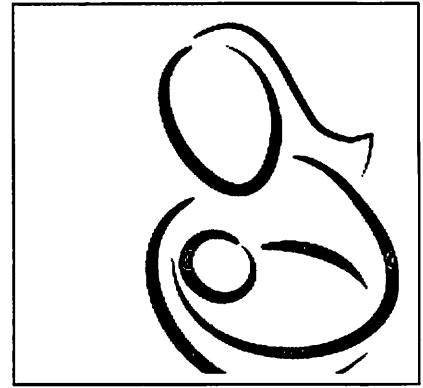


Ages & Stages Questionnaire

13 month 0 days through 14 months 30 days

14 Month Questionnaire



Date ASQ Completed: _____

Child's information

Child's first name: _____ Middle : _____ Last: _____

Child's date of birth: _____

Gender: M F

Person filling out questionnaire

First name: _____ Last name: _____

Relationship to child: Parent Grandparent Foster parent Guardian Teacher
 FOW TA Interpreter Other

Place Sticker Here

AGE CALCULATION	Year	Month	Day
Administration Date			
Date of Birth			
Age of Child			

Subtract date of birth from date ASQ-3 was administered.
See *Implementation Guide* for details.

Program Information

Name of Reach Dane site: _____

Name of classroom: _____

تحتوي الصفحات التالية على أسئلة عن أنشطة يمكن للأطفال القيام بها. ربما يكون طفلك قد قام ببعض هذه الأنشطة المذكورة هنا مسبقًا، وربما تكون هناك أنشطة لم يقم بها بعد. الرجاء اختيار الإجابة التي تعبر عما إذا كان طفلك يقوم بالنشاط بالعادة، أو في بعض الأوقات، أو أنه لم يقم بها بعد.

ملاحظات:

نقاط هامة يجب تذكرها:

جرب كل نشاط مع طفلك قبل اختيار الإجابة.

اجعل من إكمال الاستبانة نشاطًا ممتعًا لك ولطفلك.

تأكد من أن طفلك مرتاح و غير جائع.

يرجى إعادة هذه الاستبانة قبل _____.

قد لا يبدي كثير من الأطفال تعاونًا عندما يُطلب منهم فعل بعض الأمور في هذا العمر. قد تكون بحاجة إلى محاولة تطبيق الأنشطة التالية مع طفلك أكثر من مرة. حاول تطبيق الأنشطة مع طفلك عندما يكون متعاونًا، إذا أمكن. إذا كان بإمكان طفلك القيام بنشاط ما ولكنه يرفضه، فاختر الإجابة "نعم".

مهارات التواصل

	ليس بعد	بعض الأوقات	نعم
_____	<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"/>

- هل يقول طفلك ثلاث كلمات مثل: "ماما"، و"بابا"، و"دادا"؟
(يقصد بالكلمة الصوت أو مجموعة الأصوات التي يستخدمها طفلك باستمرار، للدلالة على شخص ما أو شيء ما.)
- إذا أراد طفلك شيئًا ما، فهل يخبرك عنه من خلال الإشارة إليه؟
- هل يحرك طفلك رأسه عندما يريد أن يقول: "نعم" أو "لا"؟
- هل يشير طفلك، أو يحاول لمس أو التقاط صورة من كتاب ما؟
- هل يقول طفلك أربع كلمات أو أكثر بالإضافة إلى كلمتي "ماما" و "بابا"؟
- عندما تسأل طفلك عن شيء مألوف له، هل يذهب إلى الغرفة الأخرى ليبحث عنه؟ (يمكنك أن تسأله: "أين الكرة؟" أو أن تطلبه "أحضر لي قميصك" أو "أحضر لي بطانيتك".)

المجموع لمهارات التواصل

	ليس بعد	بعض الأوقات	نعم
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



- عندما تمسك كلتا يدي طفلك لمساعدته على الوقوف على قدميه بتوازن، هل يخطو بضع خطوات دون أن يتعثّر أو يقع؟
(إذا كان طفلك يمشي بمفرده في هذه السن؛ اختر "نعم".)



- هل يمشي طفلك بضع خطوات إلى الأمام إذا كنت تمسك بيد واحدة لمساعدته على التوازن؟ (إذا كان طفلك يمشي بمفرده في هذه السن؛ اختر "نعم".)

المهارات الحركية الكبرى (يتبع)

- | نعم | بعض الأوقات | ليس بعد | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. هل يقف طفلك بمفرده ويمشي بضع خطوات إلى الأمام؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. هل يصعد طفلك فوق قطعة من الأثاث، أو أي قطعة صلبة كبيرة الحجم؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. هل يميل طفلك بنفسه إلى الأسفل ليلتقط شيئاً من الأرض، ثم يقف مرة ثانية على قدميه دون الحاجة إلى المساعدة؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. هل ينتقل طفلك ماشياً بدلاً من أن يجبو على يديه وركبتيه؟ |

المجموع للمهارات الحركية الكبرى

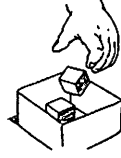
المهارات الحركية الدقيقة

- | نعم | بعض الأوقات | ليس بعد | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. هل يلتقط طفلك كسرة خبز مستخدماً رؤوس أصابعه، دون أن يسند يده أو ذراعه على الطاولة؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. هل يرمي طفلك كرة صغيرة بتحريك ذراعه إلى الأمام؟ (إذا أسقطها إلى الأسفل أو إذا وقعت منه؛ فاختر "ليس بعد".) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. هل يساعدك طفلك في تقليب صفحات كتاب؟ (يمكن أن ترفع له الصفحة ليقوم هو بقلبها.) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. هل يضع طفلك لعبة صغيرة فوق الأخرى أو مكعباً فوق الأخرى؟ (يمكن أن تكون بكرات خيط، أو صناديق صغيرة، أو ألعاباً أحجامها 1 بوصة / 2.5 سم تقريباً.) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. هل يضع طفلك علامة على الورقة باستخدام رأس قلم تلوين أو قلم رصاص أو حبر؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. هل يضع طفلك ثلاث ألعاب أو مكعبات صغيرة فوق بعضها؟ |

المجموع للمهارات الحركية الدقيقة

مهارات حل المشكلات

- نعم بعض الأوقات ليس بعد
1. إذا وضعت لعبة صغيرة في وعاء أو صندوق، هل يقلدك طفلك بوضع لعبة، حتى إن لم يفتتها ويتركها تقع؟ (إذا كان طفلك يضع الألعاب بوعاء أو صندوق مسبقاً؛ فاختر "نعم".)
2. هل يسقط طفلك لعبتين الواحدة تلو الأخرى في وعاء أو صندوق؟ (يمكنك أن تراه كيف يفعل ذلك.)
3. عندما تخرش على ورقة بقلم تلوين أو قلم رصاص أو حبر، هل يقلد طفلك خربشك؟ (إذا كان طفلك يخرش بمفرده مسبقاً؛ اختر "نعم".)
4. هل يستطيع طفلك أن يسقط كسرة خبز بحجم حبة الفول تقريباً- في قارورة شفافة كتقارورة الماء أو قارورة حليب الطفل؟
5. هل يسقط طفلك مجموعة ألعاب صغيرة الواحدة تلو الأخرى في وعاء أو صندوق؟ (يمكنك أن تراه كيف يفعل ذلك.)
6. هل يحاول طفلك الوصول إلى لعبة صغيرة بعيدة عن متناول يديه مستخدماً ملعقة أو عصا أو أي أداة أخرى، بعد أن تراه كيف يفعل ذلك؟



المجموع لمهارات حل المشكلات

*إذا تم اختيار "نعم" أو "بعض الأوقات" للسؤال
2 في جانب حل المشكلات، فاختر "نعم" للسؤال
1 في جانب حل المشكلات.

- نعم بعض الأوقات ليس بعد
1. عندما تلبس طفلك هل يرفع قدمه لإرتداء الحذاء، أو الجورب، أو البنطلون؟
2. هل يمرر طفلك الكرة أو يرميها إليك لترميها إليك مرة أخرى؟
3. هل يحضن طفلك دميته أو لعبته أثناء اللعب؟
4. هل يتناول طفلك الطعام باستخدام الملعقة حتى لو كان بعض الطعام يسقط من ملعقته؟
5. هل يساعدك طفلك بنزع ملابسه كالجورب، أو القبعة، أو الحذاء، أو قفازات اليد؟
6. هل يحاول طفلك جذب انتباهك أو لفت نظرك إلى شيء ما بسحب يدك أو ملابسك؟

المجموع للمهارات الشخصية الاجتماعية

المعلومات العامة

يمكن لولي الأمر أو المسؤول عن الطفل استخدام الفراغات الموجودة في الأسفل لكتابة أي تعليقات إضافية.

لا نعم

1. هل قدرة طفلك على استعمال نصفه الأعلى مساوية لقدرةه على استعمال نصفه الأسفل؟
ونصفه الأيمن مساوٍ للأيسر؟ إذا كانت الإجابة "لا"؛ فأضف شرحاً:

لا نعم

2. هل يحاول طفلك تركيب الكلمات عن طريق إطلاق الأصوات؟ إذا كانت الإجابة "نعم"؛
فأضف شرحاً:

لا نعم

3. عندما يقف طفلك هل تكون قدماه مسطحتين على الأرض معظم الوقت؟ إذا كانت الإجابة "لا"؛
فأضف شرحاً:

لا نعم

4. هل يقلقك هدوء طفلك الزائد، أو كونه لا يصدر أصواتاً كالأطفال الآخرين؟ إذا كانت الإجابة "نعم"؛
فأضف شرحاً:

لا نعم

5. هل لدى أي من والدي الطفل تاريخ أسري في ضعف السمع، أو الصمم؟ إذا كانت الإجابة "نعم"؛ فأضف شرحاً:

المعلومات العامة (تبع)

لا نعم

6. هل هناك ما يقلقك بخصوص نظر طفلك؟ إذا كانت الإجابة "نعم"؛ فأضف شرحًا:

لا نعم

7. هل اشتكى طفلك من مشكلات صحية في الأشهر الماضية؟ إذا كانت الإجابة "نعم"؛ فأضف شرحًا:

لا نعم

8. هل هناك ما يقلقك بخصوص سلوكيات طفلك؟ إذا كانت الإجابة "نعم"؛ فأضف شرحًا:

لا نعم

9. هل هناك ما يقلقك بخصوص طفلك؟ إذا كانت الإجابة "نعم"؛ فأضف شرحًا:



14 Month ASQ-3 Information Summary

13 months 0 days through
14 months 30 days

Baby's name: _____ Date ASQ completed: _____

Baby's ID #: _____ Date of birth: _____

Administering program/provider: _____ Was age adjusted for prematurity when selecting questionnaire? Yes No

1. SCORE AND TRANSFER TOTALS TO CHART BELOW: See ASQ-3 User's Guide for details, including how to adjust scores if item responses are missing. Score each item (YES = 10, SOMETIMES = 5, NOT YET = 0). Add item scores, and record each area total. In the chart below, transfer the total scores, and fill in the circles corresponding with the total scores.

Area	Cutoff	Total Score	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Communication	17.40		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Gross Motor	25.80		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Fine Motor	23.06		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Problem Solving	22.56		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Personal-Social	23.18		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○

2. TRANSFER OVERALL RESPONSES: Bolded uppercase responses require follow-up. See ASQ-3 User's Guide, Chapter 6.

- | | | | | | |
|--|-----|-----------|--|-----|----|
| 1. Uses both hands and both legs equally well?
Comments: | Yes | NO | 6. Concerns about vision?
Comments: | YES | No |
| 2. Plays with sounds or seems to make words?
Comments: | Yes | NO | 7. Any medical problems?
Comments: | YES | No |
| 3. Feet are flat on the surface most of the time?
Comments: | Yes | NO | 8. Concerns about behavior?
Comments: | YES | No |
| 4. Concerns about not making sounds?
Comments: | YES | No | 9. Other concerns?
Comments: | YES | No |
| 5. Family history of hearing impairment?
Comments: | YES | No | | | |

RESULTS/FOLLOW-UP ACTION TO BE TAKEN: Please check one.

- White dots - when all scores fall in the white area of the score chart, no further action is needed.
- Grey dots - will be monitored through GOLD assessment notes and individualize in lesson plans. If concerns continue with a child, contact Barb Knipfer for referral information. (bknipfer@dcpcinc.org)
- Black dots - when a score falls in the black area, teachers are responsible to rescreen the child within 60 days of the screen date.

Other: _____

