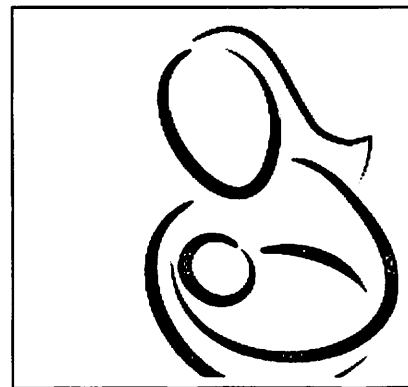


Ages & Stages Questionnaire

17 month 0 days through 18 months 30 days

18 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 مسبقاً، وربما تكون هناك أنشطة لم يتم بها بعد. الرجاء اختيار الإجابة التي تعبر عما إذا كان طفلك يقوم بالنشاط بالعادة، أو في بعض الأوقات، أو أنه لم يتم بها بعد.

ملاحظات:

نقاط هامة يجب تذكرها:

جرب كل نشاط مع طفلك قبل اختيار الإجابة.

اجعل من إكمال الاستبانة نشاطاً ممتعاً لك ولطفلك.

تأكد من أن طفلك مرتاح و غير جائع.

يرجى إعادة هذه الاستبانة قبل _____.

قد لا يبدي كثير من الأطفال تعاوناً 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 متعاوناً، إذا أمكن. إذا كان بإمكان طفلك القيام بنشاط ما ولكنه يرفضه، فاختر الإجابة "نعم".

مهارات التواصل

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

- إذا أراد طفلك شيئاً ما، فهل يخبرك عنه من خلال الإشارة إليه؟
- عندما تسأل طفلك عن شيء ما لوف له، هل يذهب إلى الغرفة الأخرى ليبحث عنه؟ (يمكنك أن تسأله: "أين الكرة؟" أو أن تطلبه "أحضر لي قميصك" أو "أحضر لي بطانيتك".)
- هل يقول طفلك ثمان كلمات أو أكثر بالإضافة إلى كلمتي "ماما" و "بابا"؟
- هل يردد طفلك جملة مكونة من كلمتين بعد أن يقال له؟ كان تقول له: "ماما تأكل"، أو "بابا يلعب"، أو "اذهب إلى البيت؟" (اختر "نعم" حتى لو كان نطقه للكلمات غير واضح).
- هل يشير طفلك إلى الصورة الصحيحة عندما تقول له مثلاً: "ارني القطعة"، أو تسأله: "أين الكلب؟" دون أن تساعد؟ (عليه أن يعرف صورة واحدة بنجاح لتختار "نعم").
- هل يركب طفلك ما بين كلمتين إلى ثلاث كلمات مختلفة في جملة لتعبر عن فكرة ما؟ كأن يقول "شاهد الكلب"، أو "أمي عودي للمنزل"، أو "القطعة رحلت". (لا تختار "نعم" إذا استخدم طفلك كلمات متكررة أو عبارات سائدة مثل "بابي باي"، أو "مع السلامة"، أو "ما هذا؟"، أو "لو سمحت"). اكتب جملة طفلك بالفراغ التالي:

المجموع لمهارات التواصل _____

المهارات الحركية الكبرى

- | نعم | بعض الأوقات | ليس بعد | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. 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"/> | 2. هل يتنقل طفلك ماشياً بدلاً من أن يحو على يديه وركبتيه؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. هل يمشي طفلك جيداً ونازلاً ما يقع على الأرض؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. هل يصعد طفلك فوق كرسي أو غيره للوصول إلى ما يريد؟ (كأن يستخدم الكرسي للوصول إلى لعبة فوق الرف أو ليسانك في المطبخ؟) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. هل ينزل طفلك درجات السلم ممسكاً بإحدى يديك؟ (يمكن لطفلك أن يمسك بدرابزين أو مقابض السلم أو أن يستند إلى الجدار. يمكنك ملاحظته في السوق أو في ساحة الألعاب أو المنزل.) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. عندما تزي طفلك كيفية ركل الكرة، هل يحاول ركلها بتحريك ساقه إلى الأمام أو بالمشي تجاه الكرة؟ (إذا كان قادراً على ركل الكرة في هذه السن؛ فاختر "نعم".) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | المجموع للمهارات الحركية الكبرى |





المهارات الحركية الدقيقة

- | نعم | بعض الأوقات | ليس بعد | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. 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"/> | 2. 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"/> | 3. هل يضع طفلك علامة على الورقة باستخدام رأس قلم تلوين أو قلم رصاص أو حبر؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. هل يضع طفلك ثلاث ألعاب أو مكعبات صغيرة فوق بعضها؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. هل يقلب طفلك صفحات كتاب بمفرده؟ (قد يقلب أكثر من صفحة في ذات الوقت.) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. هل يضع طفلك ملعقة الطعام في فمه بطريقة صحيحة بحيث لا يسقط منها الطعام؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | المجموع للمهارات الحركية الدقيقة |



مهارات حل المشكلات

- | نعم | بعض الأوقات | ليس بعد | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. هل يُستطع طفلك مجموعة ألعاب صغيرة الواحدة تلو الأخرى في رعاء أو صندوق؟
(يمكنك أن ترى كيف يفعل ذلك.) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. هل يحاول طفلك الوصول إلى لعبة صغيرة بعيدة عن متناول يديه مستخدماً
ملقعة أو عصا أو أي أداة أخرى، بعد أن ترى كيف يفعل ذلك؟
 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. هل يقلب طفلك قارورة شفافة ليستخرج منها كسرة خبز وقعت فيها - بحجم حبة الفول تقريباً؟ (يمكنك أن ترى كيف، كما يمكنك استخدام قارورة ماء أو قارورة حليب الطفل.) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. هل يخرش طفلك على الورقة ذهاباً وإياباً عندما تقوم بإعطائه قلم تلوين أو قلم رصاص أو حبر، من دون أن ترى كيف يفعل ذلك؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. بعد أن يشاهدك طفلك ترسم خطأ من أعلى الصفحة إلى أسفلها، هل يتلذذ برسم
خط على الصفحة بأي اتجاه كان مستخدماً قلم تلوين أو قلم رصاص أو حبر؟
(اختر "ليس بعد"، إذا كان طفلك يخرش بعشوائية ذهاباً وإياباً.)
 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. هل يقلب طفلك قارورة شفافة ليستخرج منها كسرة خبز وقعت فيها - بحجم حبة الفول تقريباً؟ (لا تره كيف يفعل ذلك.) |

المجموع لمهارات حل المشكلات

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

المهارات الشخصية الاجتماعية

- | نعم | بعض الأوقات | ليس بعد | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. بينما ينظر طفلك إلى المرآة، هل يحاول أن يناول اللعبة التي بين يديه لانعكاس صورته في المرآة؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. هل يحضن طفلك دميته أو لعبته أثناء اللعب؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. هل يحاول طفلك جذب انتباهك أو لفت نظرك إلى شيء ما بسحب يدك أو ملابسك؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. هل يأتي طفلك إليك عندما يحتاج مساعدتك في فتح غطاء علبة مثلاً أو تشغيل لعبة؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. هل يشرب طفلك من كوب ثم يعيده إلى مكانه؟ حتى وإن انسكب القليل من السائل؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. هل يقلد طفلك بعض أفعالك كمسح الأرض أو الكنس بالمكنسة، أو الحلاقة، أو تنشيط الشعر؟ |

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 تعتقد أن طفلك يسمع جيداً؟ إذا كانت الإجابة "لا"؛ فأضف شرحاً:

لا نعم

2. هل تعتقد أن طفلك يتكلم مثل الأطفال في نفس عمره؟ إذا كانت الإجابة "لا"؛ فأضف شرحاً:

لا نعم

3. هل تفهم معظم ما يقوله لك طفلك؟ إذا كانت الإجابة "لا"؛ فأضف شرحاً:

لا نعم

4. هل تعتقد أن طفلك يمشي، ويجري، ويتسلق مثل الأطفال في نفس عمره؟ إذا كانت الإجابة "لا"؛ فأضف شرحاً:

لا نعم

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

لا نعم

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

المعلومات العامة (يتبع)

لا نعم

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

لا نعم

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

لا نعم

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



18 Month ASQ-3 Information Summary

17 months 0 days through
18 months 30 days

Child's name: _____ Date ASQ completed: _____

Child'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	13.06		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Gross Motor	37.38		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Fine Motor	34.32		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Problem Solving	25.74		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Personal-Social	27.19		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○

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

- | | | | | | |
|--|-----|-----------|--|-----|----|
| 1. Hears well?
Comments: | Yes | NO | 6. Concerns about vision?
Comments: | YES | No |
| 2. Talks like other toddlers his age?
Comments: | Yes | NO | 7. Any medical problems?
Comments: | YES | No |
| 3. Understand most of what your child says?
Comments: | Yes | NO | 8. Concerns about behavior?
Comments: | YES | No |
| 4. Walks, runs, and climbs like other toddlers?
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: _____

