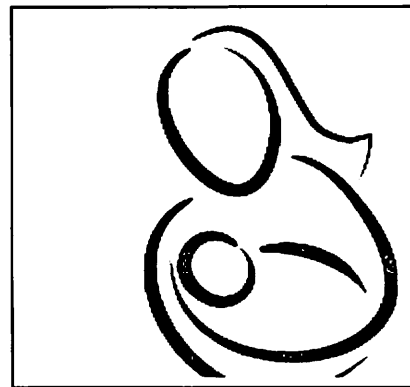


# Ages & Stages Questionnaire

1 month 0 days through 2 months 30 days

## 2 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 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 نشاطاً ممتعاً لك ولطفلك.

 تأكد من أن طفلك مرتاح وغير جائع.

 يرجى إعادة هذه الاستبانة قبل \_\_\_\_\_ .

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"/>
المجموع لمهارات التواصل		

## مهارات التواصل

- هل يصدر طفلك في بعض الأوقات أصواتاً من الحنجرة كصوت البحة أو الغرغرة؟
- هل ينادي طفلك بأصواتٍ مثل اغووو، أو اووو، أو أهه؟
- هل يصدر طفلك أصواتاً لك عندما تكلمه؟
- هل يبتسم طفلك عندما تكلمه؟
- هل يضحك طفلك بصوت خافت؟
- بعد أن تغيب عن نظره لفترة، هل يبتسم طفلك أو يبدي فرحاً لرؤيتك؟

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"/>
المجموع للمهارات الحركية الكبرى		

## المهارات الحركية الكبرى

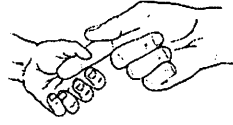
- عندما يكون طفلك مستلقياً على ظهره، هل يلوح بذراعيه وساقيه، ويلوي بجسمه؟
- عندما يكون طفلك مستلقياً على بطنه، هل يدير رأسه إلى الجنب؟
- عندما يكون طفلك مستلقياً على بطنه، هل يبقى رأسه مرفوعاً إلى الأعلى لبضع ثوانٍ؟
- عندما يكون طفلك مستلقياً على ظهره، هل يرفس برجليه؟
- عندما يكون طفلك مستلقياً على ظهره، هل يدير رأسه من جنب إلى آخر؟
- بعد أن يرفع طفلك رأسه إلى الأعلى أثناء استلقائه على بطنه، هل يرجع رأسه إلى الأرض بدرجة من التحكم بدلاً من أن يتركه ليسقط؟

## المهارات الحركية الدقيقة

نعم بعض الأوقات ليس بعد

1. عندما يكون طفلك مستيقظًا، هل تكون يده مقبوضة بإحكام في العادة؟  
(اختر "نعم" إذا كان طفلك يفعل ذلك ولكنه توقف.)

2. هل يقبض طفلك على إصبعك عندما تلمس راحة يده؟ هل يلمس طفلك وجهه بيديه؟

3. عندما تضع لعبة في يد طفلك، هل يمسك بها لفترة قصيرة؟

4. هل يلمس طفلك وجهه بيديه؟

5. هل يبقِي طفلك يديه مفتوحتين جزئياً أو بالكامل عندما يكون مستيقظاً؟  
(بعكس قبضتها، كما كان يفعل وهو ولید.)

6. هل يمسك طفلك بملابسه أو يخدشها بأصابعه؟

المجموع للمهارات الحركية الدقيقة

\*إذا تم اختيار "نعم" للسؤال 5 في جانب المهارات الحركية الدقيقة،  
فاختر "نعم" للسؤال 1 في جانب المهارات الحركية الدقيقة.

## مهارات حل المشكلات

نعم بعض الأوقات ليس بعد

1. هل ينظر طفلك إلى الأشياء التي تبعد عنه مسافة 8 إلى 10 بوصات / 20 إلى 25 سم؟

2. هل يتتبع طفلك حركتك من مكانك بعينه؟

3. حينما تحرك لعبة أمام طفلك من جهة لأخرى (على بعد 10 بوصات / 25 سم تقريباً)،  
هل يتتبع طفلك حركة اللعبة بعينه، أو بتحريك رأسه أحياناً؟

4. حينما تحرك لعبة أمام طفلك للأعلى والأسفل (على بعد 10 بوصات / 25 سم تقريباً)،  
هل يتتبع طفلك حركة اللعبة بعينه؟

5. عندما تمسك بطفلك في وضعية الجلوس، هل ينظر إلى لعبة بحجم كوب  
أو خشخيشة تضعها على طاولة أمامه أو على الأرض؟


  

6. عندما يكون طفلك مستلقياً على ظهره، وتقوم أنت بتحريك لعبة فوقه،  
هل يمد طفلك يديه نحو اللعبة؟



المجموع لمهارات حل المشكلات

## المهارات الشخصية الاجتماعية

- | نعم   | بعض الأوقات           | ليس بعد               |   |
|---|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. هل يحاول طفلك في بعض الأوقات مص الأشياء، حتى وإن لم يكن جائعاً؟            |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. هل يبكي طفلك عندما يكون جائعاً أو مبللاً أو متعباً أو عندما يريد أن يُحمل؟ |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. هل يبتسم لك طفلك؟  |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. عندما تبتسم لطفلك، هل يبتسم لك؟  |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. هل ينظر طفلك إلى يديه؟   |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. هل يلعب طفلك بأصابعه عندما تكون يداه مطبقتين إحداهما على الأخرى؟           |
|  |                       |                       |   |
| المجموع للمهارات الشخصية الاجتماعية _____   |                       |                       |   |

## المعلومات العامة

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

1. هل اجتاز طفلك اختبار فحص السمع للأطفال حديثي الولادة؟ إذا كانت الإجابة "لا"؛ فأضف شرحاً:  نعم  لا

2. هل قدرة طفلك على تحريك نصفه الأعلى مساوية لقدرته على تحريك نصفه الأسفل؟ ونصفه الأيمن مساوٍ للأيمن؟ إذا كانت الإجابة "لا"، فأضف شرحاً:  نعم  لا

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

## المعلومات العامة (يتبع)

لا  نعم

4. هل لدى طفلك أي مشكلات صحية؟ إذا كانت الإجابة "نعم"؛ فأضف شرحاً:

لا  نعم

5. هل هناك ما يقلقك بخصوص سلوكيات طفلك (أكله أو نومه مثلاً)؟  
إذا كانت الإجابة "نعم"؛ فأضف شرحاً:

لا  نعم

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



## 2 Month ASQ-3 Information Summary

1 months 0 days through  
2 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	22.77		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Gross Motor	41.84		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Fine Motor	30.16		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Problem Solving	24.62		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Personal-Social	33.71		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

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

- |  |     |           |  |     |    |
|--|-----|-----------|--|-----|----|
| 1. Passed newborn hearing screening test?<br>Comments:       | Yes | <b>NO</b> | 4. Any medical problems?<br>Comments:    | YES | No |
| 2. Moves both hands and both legs equally well?<br>Comments: | Yes | <b>NO</b> | 5. Concerns about behavior?<br>Comments: | YES | No |
| 3. Family history of hearing impairment?<br>Comments:        | YES | No        | 6. Other concerns?<br>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](mailto: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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_