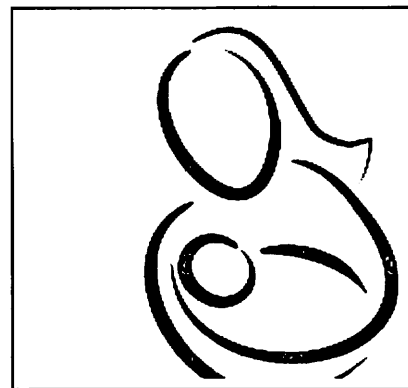


Ages & Stages Questionnaire

5 month 0 days through 6 months 30 days

6 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 تُعبّر 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 _____.

مهارات التواصل

نعم	بعض الأوقات	ليس بعد	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. هل ينادي طفلك بصوت عالٍ؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. هل يطلق طفلك أصواتاً كالعويل، أو الزئير، أو أصواتاً أخرى عميقة؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. عندما تنادي طفلك وأنت بعيد عن نظره، هل ينظر إلى الاتجاه الذي يصدر منه صوتك؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. عندما يصدر صوت عالٍ من مكان ما، هل ينظر طفلك إلى المكان الذي صدر منه الصوت؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. هل يطلق طفلك أصواتاً كالأصوات الآتية: "دا"، و "با"، و "كا"، و "غا"؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. عندما تقلد الصوت الذي يطلقه طفلك، هل يقوم طفلك بتقليد الصوت نفسه لك؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	المجموع لمهارات التواصل

المهارات الحركية الكبرى

نعم	بعض الأوقات	ليس بعد	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. عندما يكون طفلك مستلقياً على ظهره، هل يقوم برفع ساقيه عالياً بقدر يمكنه من رؤية قدميه؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. عندما يكون طفلك مستلقياً على بطنه، هل يقوم بمد ذراعيه دافعا بكامل صدره عن السرير أو الأرض؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. هل ينقلب طفلك من وضعية الاستلقاء على ظهره إلى بطنه مخرجاً ذراعيه من تحت جسده؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. عندما تضع طفلك على الأرض، هل يتكى على يديه عند الجلوس؟ (إذا كان طفلك يجلس في هذه السن دون الاتكاء على اليدين؛ فاختر "نعم".)



نعم بعض الأوقات ليس بعد



المهارات الحركية الكبرى (يتبع)

5. عندما تمسك بكلتا يدي طفلك لتساعده على التوازن أثناء الوقوف، هل يقف دون اهتزاز؟

نعم بعض الأوقات ليس بعد



6. هل يرفع طفلك نفسه على اليدين والركبتين متخذاً وضعية الحبو؟

المجموع للمهارات الحركية الكبرى

نعم بعض الأوقات ليس بعد

المهارات الحركية الدقيقة

1. هل يأخذ طفلك لعبة تقدمها له ثم ينظر إليها، ويلوح بها، أو يعضاها لدقيقة واحدة تقريباً؟

نعم بعض الأوقات ليس بعد

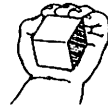
2. هل يحاول طفلك الوصول أو الإمساك بلعبة ما مستخدماً كلتا يديه معاً؟

نعم بعض الأوقات ليس بعد



3. هل يحاول طفلك الوصول إلى كسرة خبز ولمسها بإصبعه أو بيده؟ (إذا كان بوسع طفلك التقاط الأشياء الصغيرة بحجم حبة الفول؛ فاختر "نعم".)

نعم بعض الأوقات ليس بعد



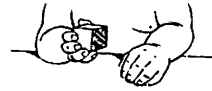
4. هل يلتقط طفلك لعبة صغيرة، ويمسك بها في منتصف يده وأصابعه قابضة عليها؟

نعم بعض الأوقات ليس بعد



5. هل يحاول طفلك التقاط كسرة خبز بثني أصابعه، حتى لو لم يستطع التقاطها؟ (إذا كان بوسع طفلك التقاط الأشياء الصغيرة بحجم حبة الفول؛ فاختر "نعم".)

نعم بعض الأوقات ليس بعد



6. هل يلتقط طفلك لعبة صغيرة بيد واحدة؟

نعم بعض الأوقات ليس بعد

المجموع للمهارات الحركية الدقيقة

نعم بعض الأوقات ليس بعد

مهارات حل المشكلات

1. عندما تكون هناك لعبة أمام طفلك، هل يحاول أن يصل إليها بكلتا يديه؟

نعم بعض الأوقات ليس بعد

2. عندما يكون طفلك مستلقياً على ظهره، هل يدير رأسه ليبحث عن اللعبة التي سقطت منه؟ (إذا كان باستطاعة طفلك التقاط اللعبة؛ فاختر "نعم".)

نعم بعض الأوقات ليس بعد

3. عندما يكون طفلك مستلقياً على ظهره، هل يحاول الوصول إلى لعبة سقطت منه إذا كان يستطيع أن يراها؟

نعم بعض الأوقات ليس بعد

مهارات حل المشكلات (بيع)

4. هل يلتقط طفلك بلعبة ويضعها في فمه؟
- نعم بعض الأوقات ليس بعد
5. هل يمرر طفلك اللعبة من يد لأخرى عدة مرات؟
- نعم بعض الأوقات ليس بعد
6. هل يلعب طفلك بخبط اللعبة للأعلى والأسفل، على الأرض أو الطاولة؟
- نعم بعض الأوقات ليس بعد
- المجموع لمهارات حل المشكلات _____

المهارات الشخصية الاجتماعية

1. عندما يكون طفلك أمام المرأة، هل يبتسم أو يناغي لنفسه؟
- نعم بعض الأوقات ليس بعد
2. هل يتصرف طفلك بشكل مختلف مع الغرباء مقارنة بتصرفه معك أو الأشخاص الذين يعرفهم؟ (قد تتضمن ردة الفعل تجاه الغرباء تقطيب الجبين، أو البكاء، أو إبطالة النظر إليهم، والانسحاب بعيدًا عنهم.)
- نعم بعض الأوقات ليس بعد
3. عندما يكون طفلك مستلقيًا على ظهره هل يحاول اللعب بامسك قدمه؟
- نعم بعض الأوقات ليس بعد
4. عندما يكون طفلك مقابلاً لمرأة كبيرة، هل يحاول الوصول إليها ولمسها؟
- نعم بعض الأوقات ليس بعد
5. هل يضع طفلك قدمه في فمه عندما يكون مستلقيًا على ظهره؟
- نعم بعض الأوقات ليس بعد
6. هل يحاول طفلك الوصول إلى لعبة ليست في متناول يديه؟ (يمكن أن ينقلب على جانبه، أو أن يزحف على معدته، أو أن يجبو للوصول إلى اللعبة.)
- نعم بعض الأوقات ليس بعد
- المجموع للمهارات الشخصية الاجتماعية _____

المعلومات العامة

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

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

2. عندما تساعد طفلك على الوقوف، هل يقف على قدمين مسطحتين على الأرض معظم الوقت؟ إذا كانت الإجابة "لا"؛ فأضف شرحاً:
 نعم لا

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

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

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

المعلومات العامة (يتبع)

لا نعم

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

لا نعم

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

لا نعم

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



6 Month ASQ-3 Information Summary

5 months 0 days through
6 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	29.65		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Gross Motor	22.25		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Fine Motor	25.14		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Problem Solving	27.72		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Personal-Social	25.34		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○

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 | 5. Concerns about vision?
Comments: | YES | No |
| 2. Feet are flat on the surface most of the time?
Comments: | Yes | NO | 6. Any medical problems?
Comments: | YES | No |
| 3. Concerns about not making sounds?
Comments: | YES | No | 7. Concerns about behavior?
Comments: | YES | No |
| 4. Family history of hearing impairment?
Comments: | YES | No | 8. Other concerns?
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: _____
