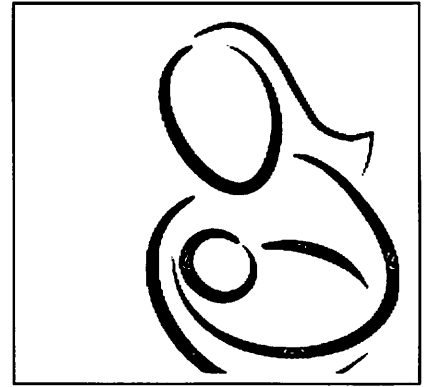


Ages & Stages Questionnaire

7 month 0 days through 8 months 30 days

8 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 _____.

مهارات التواصل

ليس بعد	بعض الأوقات	نعم	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. عندما تنادي طفلك وأنت بعيد عن نظره، هل ينظر إلى الاتجاه الذي يصدر منه صوتك؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. 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"/>	3. عندما تقلد الصوت الذي يطلقه طفلك، هل يقوم طفلك بتقليد الصوت نفسه لك؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. هل يطلق طفلك أصوات كالأصوات الآتية: "دا"، و "با"، و "كا"، و "غا"؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. هل يستجيب طفلك لنبرة صوتك عندما تنهره "لا لا"؟ كأن ينظر إليك أو يتوقف عن نشاطه لفترة قصيرة على الأقل؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. هل يطلق طفلك صوتين متشابهين كالأصوات الآتية: "دا دا"، أو "با با"، أو "غا غا"؟ (قد لا تعني هذه الأصوات شيئاً).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	المجموع لمهارات التواصل

المهارات الحركية الكبرى

ليس بعد	بعض الأوقات	نعم	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. عندما تضع طفلك على الأرض، هل يتكى على يديه عند الجلوس؟ (إذا كان طفلك يجلس في هذه السن دون الاتكاء على اليدين؛ فاختر "نعم").
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. هل ينقلب طفلك من وضعية الاستلقاء على ظهره إلى بطنه مخرجاً ذراعيه من تحت جسده؟



المهارات الحركية الكبرى (يتبع)

نعم بعض الأوقات ليس بعد



3. هل يرفع طفلك نفسه على اليدين والركبتين متخذًا وضعية الحبو؟



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

 *


5. هل يجلس طفلك مستقيمًا على الأرض لبضع دقائق دون أن يتكى على يديه؟



6. عندما تساعد طفلك على الوقوف بجانب قطعة أثاث أو حافة سرير، هل يقف ممسكًا بها دون أن يستند بصره إليها؟

المجموع للمهارات الحركية الكبرى
*إذا تم اختيار "نعم" أو "بعض الأوقات" للسؤال
5 في جانب المهارات الحركية الكبرى؛ فاختر
"نعم" للسؤال 1 في جانب المهارات الحركية الكبرى.

المهارات الحركية الدقيقة

نعم بعض الأوقات ليس بعد

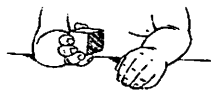
1. هل يحاول طفلك الوصول إلى كسرة خبز ولمسها بإصبعه أو يده؟
(إذا كان يوسع طفلك التقاط الأشياء الصغيرة بحجم حبة الفول؛
فاختر "نعم".)



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



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



4. هل يلتقط طفلك لعبة صغيرة بيد واحدة؟

المهارات الحركية الدقيقة (يتبع)

نعم بعض الأوقات ليس بعد



5. هل ينجح طفلك في التقاط كسرة خبز مستخدماً إبهامه وبقيّة الأصابع؟
(إذا كان يوسع طفلك التقاط الأشياء الصغيرة بحجم حبة الفول؛
فاختر "نعم".)

*



6. هل يلتقط طفلك لعبة صغيرة مستخدماً رؤوس أصابعه؟
(يجب أن ترى فراغاً بين راحة يده واللعبة.)

المجموع للمهارات الحركية الدقيقة

*إذا تم اختيار "نعم" أو "بعض الأوقات" للسؤال 6
في جانب المهارات الحركية الدقيقة، فاختر
"نعم" للسؤال 2 في جانب المهارات الحركية الدقيقة.

مهارات حل المشكلات

نعم بعض الأوقات ليس بعد



1. هل يلتقط طفلك بلعبة ويضعها في فمه؟

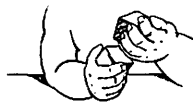
2. عندما يكون طفلك مستلقياً على ظهره، هل يحاول الوصول إلى لعبة
سقطت منه إذا كان يستطيع أن يراها؟



3. هل يلعب طفلك بخبط اللعبة للأعلى والأسفل، على الأرض أو الطاولة؟



4. هل يمرر طفلك اللعبة من يد لأخرى عدة مرات؟



5. هل يلتقط طفلك بيديه لعبتين صغيرتين لعبة واحدة في كل يد-
ويمسكهما لمدة دقيقة واحدة؟



6. عندما يمسك طفلك بلعبة بيده، هل يقوم بضربها بلعبة أخرى تكون
موجودة على الطاولة أو على الأرض؟

المجموع لمهارات حل المشكلات

المهارات الشخصية الاجتماعية

نعم بعض الأوقات ليس بعد



1. عندما يكون طفلك مستلقيًا على ظهره هل يحاول اللعب بإمساك قدمه؟



2. عندما يكون طفلك مقابلاً لمرأة كبيرة، هل يحاول الوصول إليها ولمسها؟

3. هل يحاول طفلك الوصول إلى لعبة ليست في متناول يديه؟ (يمكن أن يتقلب على جانبه، أو أن يزحف على معدته، أو أن يجبو للوصول إلى اللعبة.)



4. هل يضع طفلك قدمه في فمه عندما يكون مستلقيًا على ظهره؟

5. هل يشرب طفلك الماء، أو العصير، أو أي مشروب آخر من كوب تمسكه أنت؟

6. هل يطعم طفلك نفسه قطعة بسكويت أو كعكة؟

_____ 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 لقدرته على استعمال نصفه الأسفل؟ ونصفه الأيمن مساوٍ للأيسر؟ إذا كانت الإجابة "لا"؛ فأضف شرحاً:

لا نعم

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

لا نعم

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

لا نعم

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

لا نعم

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

لا نعم

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

لا نعم

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

لا نعم

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



8 Month ASQ-3 Information Summary

7 months 0 days through
8 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	33.06		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Gross Motor	30.61		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Fine Motor	40.15		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○
Problem Solving	36.17		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Personal-Social	35.84		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○

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: _____

