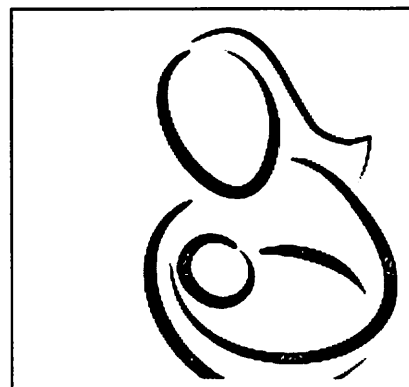


Ages & Stages Questionnaire

9 month 0 days through 9 months 30 days

9 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 وغير جائع.

✓ يرجى إعادة هذه الاستبانة قبل _____.

مهارات التواصل

| نعم | بعض الأوقات | ليس بعد | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. هل يطلق طفلك أصوات كالأصوات الآتية: "دا"، و "با"، و "كا"، و "غا"؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. عندما تقلد الصوت الذي يطلقه طفلك، هل يقوم طفلك بتقليد الصوت نفسه لك؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. 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"/> | 4. هل يلعب طفلك واحدة على الأقل من ألعاب الأطفال الشائعة إذا طلبت منه ذلك، مثل: أن يلوح بيده "باي باي"، أو "لعبة تغطية الوجه ثم كشفه"، أو "التصفيق باليد"؟ (يمكنك شرح اللعبة لطفلك.) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. هل يتبع طفلك أمراً بسيطاً واحداً دون أن تستخدم معه التلميح أو الإشارة باليد؟ كأن تقول "تعال هنا"، أو "اعطني"، أو "اعده مكانه"؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. 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.) |
| | | | المجموع لمهارات التواصل |

المهارات الحركية الكبرى

| نعم | بعض الأوقات | ليس بعد | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. عندما تمسك بكنتا يدي طفلك لتساعده على التوازن أثناء الوقوف، هل يقف دون اهتزاز؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. هل يجلس طفلك مستقيماً على الأرض لبضع دقائق دون أن يتكى على يديه؟ |



المهارات الحركية الكبرى (يتبع)

نعم بعض الأوقات ليس بعد



3. عندما تساعد طفلك على الوقوف بجانب قطعة أثاث أو حافة سرير، هل يقف ممسكاً بها دون أن يستند بصدرة إليها؟



4. بعدما يكون طفلك واقفاً ومستنداً على قطعة أثاث، هل ينحني إلى الأسفل ليلتقط لعبة من الأرض ثم يعود إلى وضعية الوقوف؟

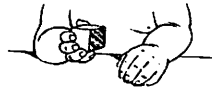
5. عندما يكون طفلك واقفاً ومستنداً إلى قطعة أثاث، هل يمكنه الانحناء بجسده إلى الأسفل دون أن يقع أو ينزلق؟

6. هل يمشي طفلك وهو يستند بيد واحدة إلى قطعة أثاث قريبة منه؟

_____ المجموع للمهارات الحركية الكبرى

المهارات الحركية الدقيقة

نعم بعض الأوقات ليس بعد



1. هل يلتقط طفلك لعبة صغيرة بيد واحدة؟



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



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



4. بعد محاولة أو اثنتين، هل يلتقط طفلك خيطاً مستخدماً السبابة والإبهام معاً؟ (ممكن أن يكون الخيط متصلاً بلعبته.)

* _____



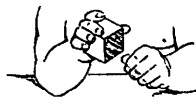


5. هل يلتقط طفلك كسرة خبز مستخدماً رؤوس أصابعه؟ (يمكن لطفلك أن يسند يده على الطاولة قبل أن يلتقط كسرة الخبز الموجودة عليها.)

6. هل يضع طفلك لعبة صغيرة على الأرض دون أن تسقط منه، ومن ثم يبعد يده عنها؟


_____ المجموع للمهارات الحركية الدقيقة

* إذا تم اختيار "نعم" أو "بعض الأوقات" للسؤال 5 في جانب المهارات الحركية الدقيقة، فاختر "نعم" للسؤال 2 في جانب المهارات الحركية الدقيقة.

مهارات حل المشكلات

- | نعم | بعض الأوقات | ليس بعد | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  | 1. هل يمرر طفلك اللعبة من يد لأخرى عدة مرات؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  | 2. هل يلتقط طفلك بيديه لعبتين صغيرتين لعبة واحدة في كل يد- ويمسكها لمدة دقيقة واحدة؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  | 3. عندما يمسك طفلك بلعبة بيده، هل يقوم بضربها بلعبة أخرى تكون موجودة على الطاولة أو على الأرض؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | 4. عندما يكون طفلك ممسكاً بلعبتين صغيرتين في كلتا يديه، هل يصفق إحداهما بالأخرى؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | 5. هل يحاول طفلك أن ينخر بإصبعه لإخراج كسرة خبز حجم حبة الفول تقريباً- من قارورة شفافة كقارورة الماء أو قارورة حليب الطفل؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | 6. بعد أن يراك طفلك تخبي لعبة صغيرة تحت ورقة أو قطعة قماش، هل يجد اللعبة إذا طلبت منه البحث عنها؟ (تأكد أن تكون اللعبة مخفية تماماً عن طفلك.) |
| | | | | المجموع لمهارات حل المشكلات |

المهارات الشخصية الاجتماعية

- | نعم | بعض الأوقات | ليس بعد | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  | 1. هل يضع طفلك قدمه في فمه عندما يكون مستلقياً على ظهره؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | 2. هل يشرب طفلك الماء، أو العصير، أو أي مشروب آخر من كوب تمسكه أنت؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | 3. هل يطعم طفلك نفسه قطعة بسكويت أو كعكة؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | 4. عندما تمد يدك وتطلب من طفلك أن يعطيك لعبته، هل يعطيك إياها حتى وإن لم يفتها؟ (إذا كان طفلك يعطيك اللعبة سبباً؛ فاختر "نعم".) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | 5. عندما تلبس طفلك قميصه هل يدفع بذراعه داخل كم القميص حال دخولها فتحة الكم؟ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | 6. عندما تمد يدك وتطلب من طفلك أن يعطيك لعبته، هل يفتها في يديك؟ |
| | | | | 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؟
 لا نعم إذا كانت الإجابة "لا"؛ فأضف شرحاً:

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

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

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

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

المعلومات العامة (يتبع)

 نعم لا

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

 نعم لا

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



9 Month ASQ-3 Information Summary

9 months 0 days through
9 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 | 13.97 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Gross Motor | 17.82 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Fine Motor | 31.32 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Problem Solving | 28.72 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Personal-Social | 18.91 | | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

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@dpcinc.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: _____

