**فرم دو ماهگی**

**1ماه و 0 روز تا 2 ماه و 30 روزماهگی**

• تکمیل این پرسشنامه را به بازی جالبی برای خود و کودکتان تبدیل کنید.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **امتیاز** | **هنوز نه** | **گاهی** | **بله** | **ارتباطات** |
|  |  |  |  | 1. آیا کودکتان گاهی صداهای غان و غون )صداهایی مثل غرغره کردن یا قل قل کردن از ته گلویش( در می آورد؟ |
|  |  |  |  | 2. آیا کودکتان صداهایی مانند «اووو»، «آآه»، «قه» و «گه» در می آورد؟ |
|  |  |  |  | 3. وقتی با کودکتان حرف می زنید، آیا او در پاسخ صداهایی ایجاد می کند؟ |
|  |  |  |  | 4. آیا وقتی با کودکتان حرف می زنید، لبخند می زند؟ |
|  |  |  |  | 5. آیا کودکتان لبخند ملایمی می زند؟ |
|  |  |  |  | 6. بعد از اینکه مدتی در دیدرس کودکتان نبوده اید، آیا او با دیدن شما لبخند می زند یا هیجان زده می شود؟ |
|  | نمره کل ارتباطات |  |
| **امتیاز** | **هنوز نه** | **گاهی** | **بله** | **حرکات درشت** |
|  |  |  |  | 1. وقتی کودکتان به پشت خوابیده است، آیا بازوها و پاهایش را تکان می دهد و پیچ و تاب و وول می خورد؟ |
|  |  |  |  | 2. وقتی کودکتان روی شکم خوابیده، آیا سرش را به یک طرف می چرخاند؟ |
|  |  |  |  | 3. وقتی کودکتان روی شکم خود خوابیده، آیا سرش را بیش از چند ثانیه بالا نگه می دارد؟ |
|  |  |  |  | 4. وقتی کودکتان به پشت خوابیده، آیا با پاهایش لگد پرانی می کند؟ |
|  |  |  |  | 5. وقتی کودکتان به پشت خوابیده، آیا سرش را از یک طرف به طرف دیگر حرکت می دهد؟ |
|  |  |  |  | 6. وقتی کودکتان روی شکمش خوابیده، آیا بعد از این که سرش را بالا می گیرد، به جای این که سرش سقوط کند یا نا گهان پایین بیفتد، می تواند سر را دوباره به آرامی روی زمین بگذارد؟ |
|  | نمره حرکات درشت |  |
| **امتیاز** | **هنوز نه** | **گاهی** | **بله** | **حرکات ظریف** |
|  |  |  |  | 1. وقتی کودکتان بیدار اس ت، آیا معمولا دس تش به صورت مشت شده و بس ته است؟ (حتی ا گر کودکتان قبلا این کار را انجام می داده ولی دیگر این کار را نمی کند، پاسخ «بله» را علامت بزنید.)  |
|  |  |  |  | 2. آیا ا گر کف دست کودکتان را لمس کنید، او انگشتتان را در دستش می گیرد؟   |
|  |  |  |  | 3. وقتی یک اسباب بازی را در دست کودکتان قرار می دهید، آیا برای مدت کوتاهی آن را در دستش نگه می دارد؟  |
|  |  |  |  | 4. آیا کودکتان صورت خود را با دستانش لمس می کند؟ |
|  |  |  |  | 5. آیا وقتی کودکتان بیدار است دست هایش را باز یا نیمه باز نگه می دارد؟ )برخلاف دوره نوزادیکه دست هایش به حالت مشت بود( . |
|  |  |  |  | 6. آیا کودکتان به لباس های خود چنگ می زند یا آن را می خراشد؟ |
|  | نمره حرکات ظریف |  |
| **امتیاز** | **هنوز نه** | **گاهی** | **بله** | **حل مسئله** |
|  |  |  |  | 1. آیا کودکتان به اشیائی که در فاصله 20 تا 25 سانتی از او قرار دارند، نگاه می کند؟ |
|  |  |  |  | 2. وقتی شما به اطراف حرکت می کنید، آیا کودکتان با چشمانش شما را دنبال میکند؟ |
|  |  |  |  | 3. وقتی یک اس باب بازی را به آرامی جلوی صورت کودکتان )در فاصله حدود 25 سانتی) از این طرف به آن طرف حرکت می دهید آیا کودکتان آن را با چشمانش، و گاهی با چرخاندن سرش دنبال می کند؟ |
|  |  |  |  | 4. وقت ی اس باب ب ازی کوچکی را ب ه آرامی جلوی صورت کودکتان (در فاصله حدود 25 سانتی) بالاو پایین می برید، آیا کودک اسباب بازی را با چشمانش دنبال می کند؟ |
|  |  |  |  | 5. وقتی کودک خود را در وضعیت نشسته نگه می دارید، آیا او به یک اسباب بازی (تقریبا به اندازه یک جغجغه یا یک فنجان) که شما روبروی او روی میز یا زمین گذاشته اید، نگاه می کند؟ |
|  |  |  |  | 6. وقتی کودکتان به پشت خوابیده و شما یک اسباب بازی را بالای سرش تاب می دهید ،آیا او دستانش را به سمت اسباب بازی تکان می دهد؟ |
|  | نمره حل مسئله |  |
| **امتیاز** | **هنوز نه** | **گاهی** | **بله** | **شخصی – اجتماعی** |
|  |  |  |  | 1. آیا کودکتان گاهی حتی وقتی شیر نمی خورد، دهانش را طوری حرکت می دهد انگار که دارد چیزی را می مکد؟ |
|  |  |  |  | 2. آیا وقتی کودکتان گرس نه اس ت، جایش را خیس کرده، خسته است یا این که دلش می خواهد بغلش کنید ،گریه می کند؟ |
|  |  |  |  | 3. آیا کودکتان به شما لبخند می زند؟ |
|  |  |  |  | 4. وقتی به کودکتان لبخند می زنید، آیا او هم در پاسخ لبخند می زند؟ |
|  |  |  |  | 5.آیا کودکتان دستهایش را تماشا می کند؟  |
|  |  |  |  | 6. وقتی کودکتان س ینه مادر یا شیش ه ش یر را می بیند، آیا به نظر می رسد که می داند که به زودی قرار است به او شیر بدهند؟ |
|  | نمره شخصی- اجتماعی |  |

**کلیات**

والدین یا سایر افراد تکمیل کننده پرسش نامه میتوانند بعد از کشیدن دایره دور پاسخ بله یا خیر، از فضای جعبه های خالی زیر برای بیان نظراتشان یا توضیحات تکمیلی استفاده کنند .

1. آیا تست سنجش شنوایی نوزادان برای کودک شما انجام شده است؟ ا گر نه، توضیح دهید . بله خیر

..................................................................................................................................................................

1. آیا فرزند شما هر دو دست و هر دو پایش را به خوبی حرکت می دهد؟ ا گر نه، توضیح دهید. بله خیر

..................................................................................................................................................................

1. آیا در خانواده والدین سابقه ناشنوایی یا کم شنوایی که از دوران کودکی شروع شده باشد، یا مشکلات بینایی وجود دارد؟ ا گر بله، توضیح دهید. بله خیر

..................................................................................................................................................................

4 . آیا فرزند شما تا کنون هر نوع بیماری (مشکل پزشکی) جدی و مهمی داشته است؟ ا گر بله، توضیح دهید . بله خیر

..................................................................................................................................................................

5. آیا درباره رفتارهای فرزندتان (مثلا خوردن یا خوابیدن او) نگرانی خاصی دارید؟ ا گر بله، توضیح دهید . بله خیر

..................................................................................................................................................................

6 . آیا چیز دیگری درباره ی فرزندتان شما را نگران و دلواپس کرده است؟ ا گر بله، توضیح دهید. بله خیر

.................................................................................................................................................................