



Ages & Stages Questionnaires®

15 tháng 0 ngày đến 16 tháng 30 ngày

Bảng hỏi 16 Tháng

Xin hãy cung cấp những thông tin sau đây. Vui lòng chỉ dùng mực đen hoặc xanh và viết rõ ràng khi hoàn thành bảng hỏi.



Ngày hoàn thành ASQ (Bảng hỏi về Độ tuổi và Giai đoạn): _____

Thông tin về trẻ

Họ: _____ Tên đệm: _____ Tên: _____

Giới tính của trẻ:
 Con trai Con gái

Ngày tháng năm sinh của trẻ: _____
 Nếu trẻ bị sinh non từ 3 tuần trở lên, xin ghi số tuần bị sinh non: _____

Thông tin về người điền bảng hỏi

Họ: _____ Tên đệm: _____ Tên: _____

Địa chỉ: Đường: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã bưu điện (zip code): _____

Quốc gia: _____ Số điện thoại nhà: _____ Số điện thoại khác: _____

Địa chỉ thư điện tử (email): _____

Tên người giúp bạn hoàn thành bảng hỏi này: _____

Thông tin Chương trình

Số đăng kí của trẻ: _____ Tuổi của trẻ tính theo tháng và ngày: _____

Số đăng kí của chương trình: _____ Nếu bị sinh non, tuổi của trẻ (tính theo tháng và ngày) sau khi được điều chỉnh là: _____

Tên chương trình: _____



Bảng hỏi 16 Tháng

15 tháng 0 ngày đến
16 tháng 30 ngày

Những trang sau gồm các câu hỏi về hoạt động mà trẻ con có thể làm được. Con của bạn có thể đã thực hiện được một số các hoạt động miêu tả sau đây, và cũng có một số hoạt động bé chưa làm được. Ở từng mục hỏi, xin vui lòng khoanh tròn để cho biết các hoạt động mà con bạn thường xuyên, thỉnh thoảng hoặc chưa thực hiện được.

Những Điều Quan Trọng Cần Ghi Nhớ:

Lưu ý:

- Cho con bạn thử từng hoạt động trước khi đánh dấu vào ô trả lời.
- Hãy hoàn thành bảng hỏi như một hoạt động chơi với con.
- Hãy chắc chắn con được nghỉ ngơi, ăn uống đầy đủ, và sẵn sàng để chơi.
- Xin gửi bảng câu hỏi này lại trước ngày: _____.

Ở tuổi này, nhiều trẻ chập chững tập đi và có thể không hợp tác khi được yêu cầu làm gì đó. Bạn có thể cần lặp lại các hoạt động sau nhiều lần với con. Nếu được, hãy thực hiện các hoạt động này khi con chịu hợp tác. Nếu con bạn có khả năng thực hiện nhưng từ chối không làm, hãy đánh dấu “có” cho mục hỏi đó.

GIAO TIẾP

	CÓ	THỈNH THOẢNG	CHƯA	_____
1. Con của bạn có chỉ tay, đập tay hoặc cố gắng lấy bức tranh trong một quyển sách không?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Ngoài từ “baba” và “mama” con của bạn còn nói thêm ít nhất 4 từ khác nữa không?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Khi con của bạn muốn cái gì đó, bé có cho bạn biết bằng cách <i>chỉ</i> vào vật đó không?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Khi bạn yêu cầu con của bạn sang phòng khác tìm đồ chơi hay đồ vật quen thuộc, bé có làm theo lời bạn không? (<i>Bạn có thể hỏi con của bạn: “Quả bóng của con đâu?”, “Lấy cho mẹ cái áo của con”, hoặc “Đi lấy chăn/mền của con”...</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. Con của bạn có bắt chước nói một câu có hai từ không? Ví dụ, khi bạn nói một cụm từ gồm hai từ như “Mẹ ăn”, “Bỏ chơi”, “Về nhà”, hoặc “Gi đây?”, bé có lặp lại cả hai tiếng không? (<i>Đánh dấu “Có” ngay cả khi những từ bé dùng có vẻ khó hiểu.</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. Ngoài từ “mama” và “baba” con của bạn còn nói thêm ít nhất 8 từ khác nữa không?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
TỔNG ĐIỂM PHẦN GIAO TIẾP				_____

VẬN ĐỘNG THÔ

	CÓ	THỈNH THOẢNG	CHƯA	_____
1. Con của bạn có thể tự đứng lên và tự đi được vài bước về phía trước không?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Con của bạn có trèo lên những đồ vật có kích cỡ lớn như bàn, ghế hoặc giường không?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Con của bạn có tự cúi xuống hoặc ngồi xổm để nhặt một đồ vật trên sàn nhà rồi tự đứng lên mà không cần giúp đỡ không?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

VẬN ĐỘNG THÔ (tiếp theo)

- | | CÓ | THỈNH THOẢNG | CHƯA | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 4. Con của bạn có di chuyển bằng cách tự đi (bước) chứ không phải bò bằng tay và đầu gối không? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. Con của bạn có đi vững và ít khi ngã không? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Con của bạn có trèo lên một vật nào khác ví dụ như là chiếc ghế để với lấy vật bé muốn không? (Ví dụ như, lấy đồ chơi trên một cái kệ hoặc "giúp" bạn làm bếp.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

TỔNG ĐIỂM PHẦN VẬN ĐỘNG THÔ —

VẬN ĐỘNG TINH

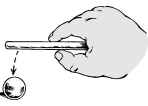
- | | CÓ | THỈNH THOẢNG | CHƯA | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. Con của bạn có thể giúp bạn lật trang sách không? (Bạn có thể nhắc từng trang sách lên để bé lật.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. Con của bạn có vung cánh tay về phía trước để ném quả bóng nhỏ không? (Nếu bé chỉ cầm rồi thả rơi quả bóng, thì đánh dấu "Chưa" cho câu hỏi này.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. Con của bạn có xếp chồng một khối gỗ nhỏ hoặc đồ chơi lên khối gỗ/đồ chơi khác không? (Bạn có thể dùng lõi cuộn chỉ, hộp nhỏ, đồ chơi kích cỡ khoảng 1 inch/2.5 cm.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Con của bạn có tự xếp ba khối gỗ nhỏ hoặc đồ chơi chồng lên nhau không? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. Khi tập vẽ, con bạn có biết dùng đầu bút chì (hoặc bút màu, bút bi) để tạo ra nét vẽ trên giấy không? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Con của bạn có biết tự lật trang sách không? (Bé có thể lật nhiều trang cùng một lúc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

TỔNG ĐIỂM PHẦN VẬN ĐỘNG TINH —

GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

- | | CÓ | THỈNH THOẢNG | CHƯA | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. Sau khi bạn vẽ nguệch ngoạc trên giấy bằng bút màu (hoặc bút chì/bút bi), con của bạn có bắt chước làm như bạn không? (Nếu bé đã biết tự vẽ nguệch ngoạc, đánh dấu "có" cho câu hỏi này.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. Con của bạn có biết thả mẩu bánh, hay một vật nhỏ vào cái chai trong suốt (như chai nước ngọt hoặc bình sữa trẻ em) không? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. Con của bạn có biết bỏ lần lượt nhiều đồ chơi nhỏ vào cái tô/bát hoặc hộp không? (Bạn có thể làm mẫu cho bé.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ (tiếp theo)

4. Sau khi bạn hướng dẫn, con bạn có biết cách dùng thìa, gậy/que hay một dụng cụ tương tự để kéo một món đồ chơi nhỏ ở ngoài tầm với về gần mình không? 
5. Khi bạn đưa cho con bút màu (hoặc bút chì/bút bi), bé có vẽ nguệch ngoạc mà không cần bạn hướng dẫn không?
6. Sau khi cho miếng bánh quy vào một bình nhỏ trong suốt, con của bạn có dốc ngược bình để lấy miếng bánh ra không? (Bạn có thể hướng dẫn bé cách làm.)

CÓ	THỈNH THOẢNG	CHƯA	—
<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"/>	—
			—

TỔNG ĐIỂM PHẦN GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

Nếu câu hỏi số 5 của Giải quyết vấn đề trả lời là "có", thì đánh dấu câu 1 của phần này cũng là "có".

CÁ NHÂN-XÃ HỘI

1. Con của bạn có biết dùng muỗng/ thìa tự xúc thức ăn, mặc dù vẫn làm rơi vãi không?
2. Con của bạn có biết tự cởi vớ/tất, nón/mũ, giày hoặc găng tay không?
3. Con của bạn có chơi với búp bê hoặc thú bông bằng cách ôm chúng không?
4. Khi nhìn hình mình trong gương, con của bạn có đưa đồ chơi cho hình của mình không?
5. Con của bạn có kéo tay hoặc kéo áo bạn khi bé muốn bạn chú ý tới, hoặc muốn chỉ cho bạn cái gì đó không?
6. Con của bạn có chạy đến chỗ bạn khi bé cần được giúp đỡ không? (Ví dụ, vịn giúp bé dây cót đồ chơi hoặc mở nắp lọ).

CÓ	THỈNH THOẢNG	CHƯA	—
<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"/>	—
			—

TỔNG ĐIỂM PHẦN CÁ NHÂN-XÃ HỘI
CÂU HỎI CHUNG

Cha mẹ và người cung cấp bảng hỏi có thể sử dụng khoảng trống dưới mỗi câu hỏi để giải thích thêm.

1. Bạn có nghĩ rằng con bạn nghe tốt không? Nếu không, vui lòng giải thích: CÓ KHÔNG

CÂU HỎI CHUNG (tiếp theo)

2. Bạn có cho rằng con bạn biết nói giống như những trẻ cùng tuổi khác không?
Nếu không, vui lòng giải thích:

 CÓ KHÔNG

3. Bạn có hiểu phần lớn những gì con bạn nói không? Nếu không, vui lòng giải thích:

 CÓ KHÔNG

4. Bạn có nghĩ rằng con bạn đi, chạy và leo trèo giống như các đứa trẻ khác cùng độ tuổi không? Nếu không, vui lòng giải thích:

 CÓ KHÔNG

5. Bên gia đình cha hoặc mẹ có ai bị điếc hoặc nghe kém bẩm sinh không?
Nếu có, vui lòng giải thích:

 CÓ KHÔNG

6. Bạn có lo lắng về khả năng nhìn của con bạn không? Nếu có, vui lòng giải thích:

 CÓ KHÔNG

7. Trong vài tháng vừa qua con của bạn có vấn đề y tế gì không?
Nếu có, vui lòng giải thích:

 CÓ KHÔNG

CÂU HỎI CHUNG (tiếp theo)

8. Bạn có bất kì lo lắng gì về các biểu hiện hành vi của con bạn không?
Nếu có, vui lòng giải thích:

 CÓ KHÔNG

9. Con của bạn có bất kì biểu hiện nào khác làm bạn lo lắng không?
Nếu có, vui lòng giải thích:

 CÓ KHÔNG

SAMPLE



Tóm Tắt Thông Tin Của Bản ASQ-3, 16 Tháng

15 tháng 0 ngày đến
16 tháng 30 ngày

Tên của trẻ: _____

Số đăng kí của trẻ: _____

Chương trình/người cung cấp: _____

Ngày hoàn thành ASQ: (Bảng hỏi về Độ tuổi và Giai đoạn): _____

Ngày sinh của trẻ: _____

Tuổi của trẻ có được điều chỉnh do sinh non không? Có Không

1. Tính Điểm và Chuyển Tổng Điểm Vào Sơ Đồ Bên Dưới: Vui lòng xem tài liệu *Hướng dẫn sử dụng ASQ-3* để biết thêm chi tiết, bao gồm cả cách điều chỉnh kết quả điểm nếu một số mục không có câu trả lời. Tính điểm cho mỗi mục như sau: Có = 10; Thỉnh thoảng = 5; Chưa = 0. Cộng điểm ở các mục và ghi lại tổng điểm ở mỗi lĩnh vực (như giao tiếp, vận động thô, v.v.). Hãy chuyển tổng điểm vào sơ đồ bên dưới. Tô vào ô tròn tương ứng với tổng điểm.

Lĩnh vực	Ngưỡng	Tổng điểm	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Giao tiếp	16.81		●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Vận động thô	37.91		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Vận động tinh	31.98		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Giải quyết vấn đề	30.51		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Cá nhân-Xã hội	26.43		●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Chuyển Các Câu Trả Lời Trong Phần Tổng Kết: Nếu có các câu trả lời in hoa và đậm, trẻ cần được theo dõi tiếp. Vui lòng xem tài liệu *Hướng dẫn sử dụng ASQ-3*, chương 6, để biết thêm chi tiết.

- | | | | |
|--|-----------------|------------------------------------|-----------------|
| 1. Nghe tốt?
Ghi chú: | Có KHÔNG | 6. Lo lắng về thị lực?
Ghi chú: | CÓ Không |
| 2. Biết nói giống như các trẻ khác cùng tuổi?
Ghi chú: | Có KHÔNG | 7. Vấn đề y tế?
Ghi chú: | CÓ Không |
| 3. Bạn hiểu phần lớn những gì trẻ nói?
Ghi chú: | Có KHÔNG | 8. Lo lắng về hành vi?
Ghi chú: | CÓ Không |
| 4. Đi, chạy, và bò giống các trẻ khác?
Ghi chú: | Có KHÔNG | 9. Lo lắng khác?
Ghi chú: | CÓ Không |
| 5. Tiểu sử gia đình có vấn đề về suy giảm thị lực?
Ghi chú: | CÓ Không | | |

3. Cách Đọc Điểm ASQ và Hướng Dẫn Theo Dõi Tiếp: Cần cân nhắc tổng điểm ở các lĩnh vực, ở phần tổng kết, và cần cân nhắc các yếu tố khác ví dụ như cơ hội trẻ được thực hành các kỹ năng, trước khi quyết định xem trẻ có cần được theo dõi tiếp hay không.

Nếu tổng điểm của trẻ rơi vào phần , có nghĩa là điểm này ở trên ngưỡng tức là trẻ phát triển bình thường.
Nếu tổng điểm của trẻ rơi vào phần , có nghĩa là điểm này ở gần ngưỡng. Cho trẻ thực hiện/thực hành các hoạt động khác nhau và theo dõi trẻ.
Nếu tổng điểm của trẻ rơi vào phần , có nghĩa là điểm này ở dưới ngưỡng. Trẻ có thể cần được gặp các chuyên gia để được đánh giá mức độ phát triển của trẻ.

4. Theo Dõi Tiếp: Đánh dấu vào tất cả các mục nếu thích hợp.

- _____ Cho trẻ thực hiện/thực hành các hoạt động khác nhau và kiểm tra lại trong ___ tháng.
- _____ Thông báo kết quả này cho bác sĩ hoặc bác sĩ nhi khoa.
- _____ Cho trẻ qua kiểm tra (khoanh tròn mục thích hợp) thính lực, thị lực, hoặc biểu hiện hành vi.
- _____ Đưa trẻ đến bác sĩ hoặc các trung tâm chăm sóc sức khỏe ở cộng đồng (như phòng, xã). Lý do cụ thể: _____
- _____ Chuyển trẻ tới các chương trình can thiệp sớm/giáo dục đặc biệt cho trẻ nhỏ.
- _____ Không cần hoạt động theo dõi tiếp nào vào thời điểm này.
- _____ Khác (vui lòng giải thích cụ thể): _____

5. Phần Không Bắt Buộc: Chuyển các câu trả lời ở mỗi mục (C = Có, T = Thỉnh thoảng, CH = Chưa, X = Không có câu trả lời).

	1	2	3	4	5	6
Giao tiếp						
Vận động thô						
Vận động tinh						
Giải quyết vấn đề						
Cá nhân-Xã hội						