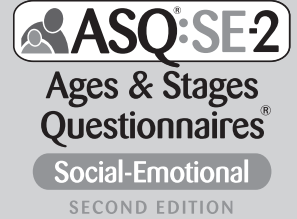




Bảng hỏi 24 tháng

21 tháng 0 ngày đến 26 tháng 30 ngày



Ngày hoàn thành bảng hỏi ASQ:SE-2: _____

Thông tin về trẻ

Họ: _____ Tên đệm: _____ Tên: _____

Ngày tháng năm sinh của trẻ: _____

Giới tính của trẻ: Con trai Con gái

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): _____

Quan hệ với trẻ: Bố/mẹ Người giám hộ Giáo viên Lựa chọn khác: _____
 Ông/bà hoặc người thân trong gia đình Bố mẹ nuôi Người trông trẻ _____

Tên người giúp bạn hoàn thành bảng hỏi này: _____

Thông tin Chương trình

(Do chương trình quản lý điền.)

Số đăng kí của trẻ:

Tuổi của trẻ tính theo tháng và ngày:

Số đăng kí của chương trình:

Tên chương trình:

Bảng hỏi 24 tháng 21 tháng 0 ngày đến 26 tháng 30 ngày



Những trang sau liệt kê các câu hỏi về hành vi mà trẻ con có thể có. Xin vui lòng đọc kỹ từng câu hỏi và đánh dấu vào ô miêu tả đúng nhất hành vi của con bạn. Tương tự, xin đánh dấu vào ô tròn nếu hành vi này của con khiến bạn lo lắng.

Những Điều Quan Trọng Cần Lưu Ý:

- Xin trả lời câu hỏi dựa trên những gì bạn biết về hành vi của con mình.
- Xin trả lời câu hỏi dựa trên hành vi *hằng ngày* của con, không phải hành vi khi trẻ bị bệnh, mệt mỏi, hoặc bụng đói.
- Người chăm sóc biết rõ về trẻ và dành hơn 15–20 giờ một tuần với trẻ có thể điền vào bảng hỏi ASQ:SE-2 này.
- Xin vui lòng hoàn thành và gửi lại bảng hỏi này trước ngày: _____
- Nếu bạn có thắc mắc hoặc lo lắng về con hoặc về bảng hỏi này, xin vui lòng liên hệ: _____
- Xin cảm ơn và tiếp tục hoàn thành bảng hỏi ASQ:SE-2 khác trong _____ tháng nữa.

	THƯỜNG XUYÊN HOẶC LUÔN LUÔN	THÌNH THOẢNG	HIẾM/ÍT KHI HOẶC CHƯA BAO GIỜ	ĐÁNH DẤU NẾU THẤY LO LẮNG	
1. Con của bạn có nhìn bạn khi bạn đang nói chuyện với con không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
2. Con của bạn có tỏ vẻ quá thân thiện với những người lạ không?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
3. Con của bạn có cười thành tiếng hoặc mỉm cười trong lúc chơi với bạn không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
4. Cơ thể của con bạn có thư giãn không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
5. Khi bạn rời đi, con của bạn có thấy khó chịu và khóc lâu hơn một tiếng (giờ đồng hồ) không?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
6. Con của bạn có chào đón hay nói “chào” với những người lớn thân quen không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
7. Con của bạn có thích được ôm ấp không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
8. Khi tức giận, con của bạn có thể bình tĩnh lại trong vòng 15 phút không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____

TỔNG ĐIỂM THEO TRANG _____

Bảng hỏi 24 tháng



Xin đánh dấu vào ô miêu tả đúng nhất hành vi của con bạn. Tương tự, xin đánh dấu vào ô tròn nếu hành vi này khiến bạn lo lắng.

	THƯỜNG XUYÊN HOẶC LUÔN LUÔN	THÌNH THOẢNG	HIẾM/ÍT KHI HOẶC CHƯA BAO GIỜ	ĐÁNH DẤU NẾU THẤY LO LẮNG	
9. Con của bạn có co cứng người và ưỡn lưng khi được bế lên không?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
10. Con của bạn có hứng thú với sự vật xung quanh, như con người, đồ chơi và đồ ăn, không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
11. Con của bạn có khóc, la hét, hoặc giận dỗi lâu (trong khoảng thời gian dài) không?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
12. Bạn và con có vui vẻ thoải mái với nhau trong giờ ăn hay không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
13. Con bạn có vấn đề về ăn uống không? Ví dụ: con có ngốn thức ăn, nôn ói, ăn đồ vật không phải là thức ăn, hoặc _____? (Xin mô tả vấn đề về ăn uống của con vào khoảng trống.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____

14. Con của bạn có ngủ ít nhất 10 tiếng (giờ đồng hồ) trong vòng 24 giờ không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
15. Khi bạn chỉ vào một cái gì đó, con của bạn có nhìn về phía (hướng) bạn chỉ không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
16. Con của bạn có khó ngủ trưa hay khó ngủ vào ban đêm không?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
17. Con của bạn có bị táo bón hoặc tiêu chảy không?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____

TỔNG ĐIỂM THEO TRANG _____

Bảng hỏi 24 tháng



Xin đánh dấu vào ô miêu tả đúng nhất hành vi của con bạn. Tương tự, xin đánh dấu vào ô tròn nếu hành vi này khiến bạn lo lắng.

	THƯỜNG XUYÊN HOẶC LUÔN LUÔN	THÌNH THOẢNG	HIẾM/ÍT KHI HOẶC CHƯA BAO GIỜ	ĐÁNH DẤU NẾU THẤY LO LẮNG	
18. Con của bạn có làm theo những chỉ dẫn đơn giản không? Ví dụ: con có ngồi xuống khi được yêu cầu hay không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
19. Con bạn có dùng cử chỉ điệu bộ hoặc lời nói để cho bạn biết con cảm thấy như thế nào không? Ví dụ: con có cho bạn biết khi con đói, đau hoặc mệt không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
20. Con của bạn có kiểm tra để biết chắc chắn rằng bạn đang ở gần con khi con đang khám phá những địa điểm mới như công viên hay nhà của một người bạn không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
21. Con bạn có các hành động lặp đi lặp lại trong thời gian dài và khó chịu khi bạn cố dừng con lại không? Ví dụ: con có lắc lư thân người, vẩy hai bàn tay lên xuống, xoay vòng tròn, hoặc _____ không? (Bạn có thể viết thêm hành động lặp lại khác của con.) _____ _____	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
22. Con bạn có thích nghe kể chuyện hoặc có ca hát không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
23. Con của bạn có cố tình làm đau bản thân không?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
24. Con của bạn có thích ở gần những trẻ khác không? Ví dụ: con có tới gần hoặc nhìn các trẻ khác không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
25. Con bạn có cố ý làm đau (như đá hoặc cắn) trẻ khác, người lớn, hoặc các con vật không?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
26. Con của bạn có cố gắng khoe đồ vật với bạn bằng cách chỉ vào vật và nhìn lại bạn không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____

TỔNG ĐIỂM THEO TRANG _____

Bảng hỏi 24 tháng



Xin đánh dấu vào ô miêu tả đúng nhất hành vi của con bạn. Tương tự, xin đánh dấu vào ô tròn nếu hành vi này khiến bạn lo lắng.

	THƯỜNG XUYÊN HOẶC LUÔN LUÔN	THÌNH THOẢNG	HIẾM/ÍT KHI HOẶC CHƯA BAO GIỜ	ĐÁNH DẤU NẾU THẤY LO LẮNG	
27. Con của bạn có chơi giả vờ (tưởng tượng) với đồ vật không? Ví dụ: con có giả bộ nói chuyện điện thoại, cho búp bê ăn, hoặc cho máy bay đồ chơi bay không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
28. Con của bạn có tỉnh giấc 3 lần hoặc nhiều hơn trong một đêm ngủ không?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
29. Con của bạn có phản ứng với tên gọi của mình khi bạn gọi con không? Ví dụ: con có quay đầu lại và nhìn về phía bạn không?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
30. Con của bạn có quá lo lắng hay sợ hãi không? Nếu bạn trả lời là “thình thoảng”, hoặc “thường xuyên hoặc luôn luôn”, hãy vui lòng giải thích: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
31. Có ai thể hiện lo ngại về hành vi của con bạn hay không? Nếu bạn trả lời “thình thoảng” hoặc “thường xuyên hoặc luôn luôn”, xin vui lòng giải thích: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____

TỔNG ĐIỂM THEO TRANG _____

CÂU HỎI CHUNG Sử dụng khoảng trống dưới mỗi câu hỏi để giải thích thêm.

32. Bạn có lo lắng về hành vi ăn uống hoặc ngủ của con không? Nếu có, xin vui lòng giải thích: CÓ KHÔNG

33. Có bất kỳ điều gì về con khiến bạn lo lắng hay không? Nếu có, xin vui lòng giải thích: CÓ KHÔNG

34. Bạn yêu thích điều gì ở con của bạn?

SAMPLE

Tên của trẻ: _____ Ngày hoàn thành ASQ:SE-2: _____
 Số đăng kí của trẻ: _____ Ngày sinh của trẻ: _____
 Người hoàn thành Bảng hỏi ASQ:SE-2: _____ Tuổi của trẻ tính theo tháng và ngày: _____
 Chương trình/người cung cấp: _____ Giới tính của trẻ: Con trai Con gái

1. BẢNG CHẤM ĐIỂM ASQ:SE-2:

- Các mục điểm (Z = 0, V = 5, X = 10, Lo ngại = 5).
- Chuyển điểm theo từng trang và tính tổng điểm của các trang.
- Ghi lại tổng điểm của trẻ kế bên điểm ngưỡng.

TỔNG ĐIỂM TRANG 1		Ngưỡng	Tổng điểm
TỔNG ĐIỂM TRANG 2			
TỔNG ĐIỂM TRANG 3			
TỔNG ĐIỂM TRANG 4			
Tổng điểm		65	

2. GIẢI THÍCH ĐIỂM ASQ:SE-2:

Xem xét vị trí tổng điểm của trẻ trên đồ họa các thang điểm. Sau đó đánh dấu phần này để biết kết quả điểm ở bên dưới.



- ___ Tổng điểm của trẻ nằm trong phần . Tổng điểm thấp hơn điểm ngưỡng. Trẻ thể hiện mặt phát triển tình cảm – xã hội như các trẻ bình thường khác.
- ___ Tổng điểm của trẻ nằm trong phần . Tổng điểm gần điểm ngưỡng. Cần xem xét và theo dõi các hành vi gây lo lắng của trẻ.
- ___ Tổng điểm của trẻ nằm trong phần . Tổng điểm cao hơn điểm ngưỡng. Trẻ có thể cần được chuyên gia đánh giá chuyên sâu hơn.

3. CÁC CÂU HỎI CHUNG VÀ LO NGẠI:

Ghi lại câu trả lời của phụ huynh/người chăm sóc. Các câu trả lời CÓ phải được lưu ý và theo dõi.

- 1–31. Có câu hỏi nào được đánh dấu là lo lắng/lo ngại? **CÓ** không Ghi chú:
32. Lo ngại về vấn đề ăn ngủ? **CÓ** không Ghi chú:
33. Các vấn đề lo lắng khác? **CÓ** không Ghi chú:

4. CÂN NHẮC CHUYỂN TIẾP ĐÁNH GIÁ CAN THIỆP:

Đánh dấu tất cả các mục là Có, Không, hoặc Không chắc (C, K, KC). Tham khảo từ trang 98 đến trang 103 trong tài liệu *Hướng dẫn Sử dụng ASQ:SE-2*.

- ___ **Yếu tố hoàn cảnh/thời gian** (ví dụ: Hành vi của trẻ ở nhà và ở trường có giống nhau không?)
- ___ **Yếu tố phát triển** (ví dụ: Hành vi của trẻ có liên quan đến giai đoạn phát triển hay chậm phát triển không?)
- ___ **Yếu tố sức khỏe** (ví dụ: Hành vi của trẻ có liên quan đến yếu tố sức khỏe hoặc sinh học không?)
- ___ **Yếu tố gia đình/văn hoá** (ví dụ: Hành vi của trẻ có được văn hoá hoặc gia đình của trẻ chấp nhận không? Gần đây có sự việc nào khiến trẻ căng thẳng không?)
- ___ **Phụ huynh lo lắng** (ví dụ: Phụ huynh/người chăm sóc có thể hiện lo lắng về hành vi của trẻ không?)

5. HOẠT ĐỘNG THEO DÕI:

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 của trẻ.
- ___ Cung cấp tài liệu giáo dục cho phụ huynh.
- ___ Cung cấp thông tin về các lớp học làm cha mẹ hoặc các nhóm hỗ trợ.
- ___ Yêu cầu người chăm sóc khác hoàn thành bảng hỏi ASQ:SE-2. Liệt kê người chăm sóc cần hoàn thành ở đây (ví dụ: ông bà, giáo viên): _____
- ___ Thực hiện sàng lọc phát triển (ví dụ: ASQ-3).
- ___ Chuyển trẻ tới các chương trình can thiệp sớm/giáo dục đặc biệt cho trẻ nhỏ.
- ___ Chuyển trẻ qua đánh giá cảm xúc – xã hội, hành vi, hoặc sức khoẻ tâm thần.
- ___ Khác: _____