



سازمان بهداشتی کشور

معاونت امور توانبخشی

دفتر امور توانبخشی مراکز روزانه و توانبخشی

پیوست شماره پنج - آزمون غربال ا تیسم در کودکان (هیوا)

(از دکتر سید علی صمدی - دکتر در ناتوانی رشدی و هوشی و عضو مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه آلستر ایرلند شمالی - ۲۰۱۲)

- تاریخ پرکردن فرم توسط والدین:
- شماره تماس با والدین:

۱. کد شهرستان:
۲. نام و نام خانوادگی کودک:
۳. ملیت:
۴. سن کودک به سال:
۵. سن کودک به ماه:
۶. کد ملی کودک:
۷. توالی تولد کودک (فرزند چندم):
۸. جنسیت: دختر ☐ پسر ☐
۹. نسبت پاسخ دهنده با کودک: مادر / پدر / هر دو / سایر
۱۰. چگونگی اطلاع از اجرای برنامه غربالگری: مهدکودک ☐ پیش دبستانی ☐ پوستر ☐
کلینیک های عمومی ☐ اینترنت ☐ پزشک متخصص ☐
۱۱. سن مادر به سال:
۱۲. تحصیلات مادر به سال:
۱۳. سن پدر به سال:
۱۴. تحصیلات پدر به سال:
۱۵. نسبت والدین: نسبتی ندارند ☐ نسبت دارند ☐

لطفاً در سوالات زیر مواردی را که معمولاً فرزندتان را در آن حالات می بینید مشخص کنید. لطفاً سعی کنید تمامی سوال ها را پاسخ دهید. اگر رفتاری را به ندرت می بینید (مثلاً، فقط یک یا دو بار آن را مشاهده کرده اید) آن را در نظر نگیرید.

☐ بلی تقلید نمی کند ☐ خیر تقلید می کند	۱۶- در هنگام ضرورت (مثلاً ضمن یادگیری یک فعالیت و یا بازی) از دیگران تقلید نمی کند.
☐ بلی ☐ خیر	۱۷- بدون دلیل حالت های حاکی از ترس و یا وحشت شدید را از خود نشان می دهد.
☐ بلی ☐ خیر	۱۸- برای بدست آوردن اشیاء مورد نیاز خود به جای کلام از حالت و وضعیت بدن خود استفاده می کند.
☐ بلی ☐ خیر	۱۹- صدا هایی با تن زیر (مثلاً صدای ای ی ی ی) و صدا های مشابه برای برانگیختن خود ایجاد می کند.
☐ بلی ☐ خیر	۲۰- در زمانی که مورد تشویق قرار می گیرد، دیگران سعی در سرگرم کردن و یا شاد کردنش دارند، شاد نیست و به نقطه ای خیره می شود.
☐ بلی واکنش نشان نمی دهد ☐ خیر واکنش نشان می دهد	۲۱- در زمان حضور دیگران از خود واکنشی نشان نمی دهد.
☐ بلی ☐ خیر	۲۲- از ارتباط چشمی امتناع می ورزد و زمانی که فرد دیگری به او نگاه می کند، به جای دیگری نگاه می کند.
☐ بلی ☐ خیر	۲۳- کلمه "من" را بطور نامناسبی مورد استفاده قرار می دهد (برای اشاره به خود از کلمه "من" استفاده نمی کند).
☐ بلی ☐ خیر	۲۴- دستها و انگشتانش را در کنار بدن خود و یا جلو چشمانش حرکت می دهد.
☐ بلی ☐ خیر	۲۵- اشیاء مختلف را می بوید (مثلاً اسباب بازی، دست خود و یا موی سر دیگران)

نام و نام خانوادگی و امضای کارشناس پایگاه:

این قسمت توسط کارشناس پایگاه تکمیل شود:

☐

ارجاع می شود

☐

ارجاع نمی شود

☐

۲۶- امتیاز