Daftar pemeriksaan perkembangan anak pra-sekolah Taipei City

1 tahun 3 bulan (Usia 1 tahun 2 bulan 16 hari sampai 1 tahun 5 bulan 15 hari)

Unit pemeriksaan:_____ No. telepon unit:_____
Nama pengisi data:_____Status: □petugas kesehatan □guru □petugas pemerintahan dan social □orang tua□dll_____
Kewarganegaraan asal: ayah:□Taiwan□RRC□Thailand□Indonesia□Vietnam□Kamboja□Myanmar□dll:jelaskan:_____
Ibu:□Taiwan□RRC□Thailand□Indonesia□Vietnam□Kamboja□Myanmar□dll:jelaskan:_____

Data anak

Nama anak:_____Jenis kelamin:□laki-laki □perempuan Tanggal pemeriksaan: tahun _____bulan_____tanggal_____
No.KTP: □□□□□□□□□□□□ Tgl.lahir: tahun___bulan___tanggal___(bayi prematur, harap mengisi)
perkiraan tanggal melahirkan:tgl_____bln_____thn_____
usia:_____bulan_____hari（harus diisi）
Alamat di KTP: Taipei City Area_____RT_____RW_____
Alamat yang dihubungi:_____ No.telepon: (pagi)_____(malam)_____

Unsur-unsur resiko tinggi yang mempengaruhi keterlambatan perkembangan

1.①□prematur (masa hamil tidak penuh 36 minggu) ②□berat badan saat lahir kurang dari 2500g ③□tidak ada yang disebutkan diatas

2.kelainan bawaan:
①□kelainan kromosom(seperti down syndrom, turner syndrom dll) ②□kelainan kepala dan wajah(seperti bibir sumbing, kelainan telinga luar dll) ③□kelainan metabolisme bawaan(seperti phenylketonuria, hypotirodism dll) ④□otak berair dan spina bifida ⑤□tulang kepala rapat lebih awal ⑥□penyakit jantung bawaan ⑦□kelainan kekurangan tangan dan kaki ⑧□dll_____⑨□tidak ada yang disebutkan diatas

3.masalah sebelum, saat dan setelah hamil:
①□3 bulan sebelum hamil terinfeksi campak jerman ②□selama masa hamil, ibu mengeluarkan darah dan mencegah keguguran, menderita penyakit diabetes /kencing manis, darah beracun saat hamil, syphilis, minum alkohol, merokok ③□denyut nadi bayi saat hamil berkurang, terisap kotoran janin, gangguan pernapasan, kekurangan oksigen sehingga perlu diberikan pertolongan darurat, tinggal di incubator/kotak penghangat selama_____hari ④□nilai apgar cukup rendah: setelah 5 menit<**7(atau lebih kecil sama dengan 6)**; silahkan lihat buku pegangan ibu dan anak ⑤□setelah lahir mengalami kejang-kejang, tidak bernapas, muntah terus menerus, suhu badan rendah atau hasil menyusui yang tidak baik dll ⑥□bagi penderita penyakit kuning yang parah sampai memerlukan ganti darah ⑦□dll_____⑧□tidak ada yang disebutkan diatas

4.penyakit atau luka otak:
①□otak berair ②□berdarah atau kekurangan oksigen ③□infeksi otak ④□epilepsi ⑤□tumor otak ⑥□dll_____⑦□tidak ada yang disebutkan diatas

5.sejarah keluarga atau unsur lingkungan:
①□keluarga dekat menderita tuna rungu, cacat mental, penyakit jiwa ②□ekonomi masyarakat tidak baik ③□anak yatim piatu atau anak yang disiksa ④□tidak ada yang disebutkan diatas

Pengetesan masa perkembangan

Lingkari "benar" jika keadaan anak sesuai dengan keadaan di bawah ini, dan lingkari "salah" jika keadaan anak tidak sesuai.

1. Anak mampu berdiri sendiri dari posisi duduk atau berbaring tanpa bantuan apapun	benar	salah
2. Mampu berjalan tanpa pegangan	benar	salah
3. Anak bisa mengambil pena dan mencorat-coret sesuka hati(Orang tua boleh memberikan contoh dahulu biar anak mencontohnya)	benar	salah
4.Anak bisa hanya dengan satu tangan mengambil makanan kecil misalnya: kismis dan roti kering kemudian memasukkannya kedalam botol kecil (orang tua boleh membantu memegangi wadah atau botol tersebut)	benar	salah
5. Bisa menemukan cara untuk mengambil barang kecil yang telah dilemparkannya ke dalam wadah	benar	salah
★ 6.Anak mampu mengungkapkan maksud hatinya(dengan mengucapkan, menggerakan tangan atau pandangan mata misal, mengangguk berarti mau, dan menggelengkan kepala berarti tidak mau, menjulurkan tangan berarti mau", menunjuk dengan jari tempat yang mau dituju dll). Dianggap tidak lewat jika hanya bisa menarik baju atau tangan orang dewasa dan tidak pernah menggunakan jari untuk "menunjukkan"	benar	salah
7.Anak mengerti arti dari kata-kata yang sering dipakai sehari-hari (Misalnya: minum susu, tepuk tangan, tidur, mama-gendong dan lain-lain. Dianggap mengerti jika kita berbicara dengannya tanpa mengerakkan tangan)	benar	salah
★ 8. Mampu dalam keadaan yang sesuai bertepuk tangan, bye-bye dll	benar	salah
★ 9.Anak dapat bertahan bila bertatapan mata dengan orang dewasa, bisa tertawa jika orang dewasa mengajaknya tertawa, bermain petak umpet, atau mengeluarkan mainan	benar	salah
10.Tidak dapat mengeluarkan suara sama sekali; atau cuma bisa en en a a; atau bisa mengeluarkan jenis suku kata kurang dari 3 jenis(misal: pa, pi, ku dll)	benar	salah
★ 11.Biasanya hanya terus bermain sendiri, tidak peduli meskipun orang dewasa berulang kali memanggil namanya (atau nama kecilnya), tidak ada reaksi apapun seperti mengangkat kepala, memutar kepala atau berjalan menghampiri orang dewasa.	benar	salah
★ 12.Muncul gerakan berulang-ulang yang tidak biasanya secara terus menerus, seperti melihat tangan, bermain tangan, perbuatan melingkar ditempat.	benar	salah

Harap dilakukan pengetesan lebih lanjut ke rumah sakit yang tertera di belakang daftar ini jika ada 2 buah jawaban yang dilingkar berada di dalam kotak hitam atau 1 buah jawaban dari pertanyaan yang bertanda ★ di depannya berada di dalam kotak hitam atau pengisi merasa anak mempunyai gerakan atau tingkah laku yang tidak normal, bawalah anak ke salah satu rumah sakit yang tertera di belakang kertas tabel ini untuk pemeriksaan selanjutnya. Tolong ditulis apakah memiliki buku pegangan cacat jasmani dan mental: □ya(jenis cacat jasmani dan mental_____tingkat____) □tidak □dalam proses permohonan

Jika tidak ada 2 buah jawaban yang berada di dalam kotak hitam dan tidak ada satupun jawaban dari pertanyaan bertanda ★ berada di dalam kotak hitam, berarti pengetesan tahap ini lulus. Di hari selanjutnya, gunakan daftar pengetesan yang berbeda berdasarkan umur anak untuk mengontrol keadaan perkembangan anak.

Departemen Kesehatan Taipei City memperhatikan Anda pengubahan edisi kedua bulan 12 tahun 2006

(harap dikoyak digaris putus-putus ini)

Lembaran pengembalian pengetesan anak

Nama anak:_____ Unit pemeriksaan:_____tanggal:_____
Kepada Yth. Orang tua anak: hasil pengetesan kesehatan anak Anda adalah seperti yang tertera di bawah ini:
□pertumbuhan anak sesuai dengan keadaan pertumbuhan anak pada usia tersebut, harap ingat mengimunisasi dan memeriksakan kesehatan anak Anda pada waktu yang telah ditentukan.
□anak Anda pada bulan/tahun ke-_____ pada pengetesan pertanyaan nomor_____ perlu diamati lebih lanjut.
□anak Anda pada bulan/tahun ke-_____ pada pengetesan pertanyaan nomor_____perlu untuk dipastikan, harap bawa anak Anda ke rumah sakit pengobatan awal untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut, jika memerlukan pengobatan lebih lanjut atau pertolongan subsidi yang lain, dokter akan akan melaporkan dan mentransfer anak Anda ke "Pusat penerimaan laporan serta pengalihan pengobatan awal dan pendidikan bagi anak yang perkembangannya terlambat di Taipei City"untuk mendapatkan informasi lebih lanjut.
*Pengetesan pertumbuhan anak lewat internet ---
Pusat penerimaan laporan pengobatan awal dan pendidikan bagi anak yang perkembangannya t terlambat di Taipei City(http://www.eirrc.taipei.gov.tw)
*Website untuk mendownload Daftar pengetesan perkembangan anak pra-sekolah dan Lembaga pengetesan dan pengobatan awal Taipei City ---Departemen Kesehatan Taipei City (http://www.health.gov.tw) 》Informasi Kesehatan dan Perawatan》di bagian pengobatan awal dan pendidikan bagi anak yang perkembangannya terlambat
Jika anda mempunyai pertanyaan silahkan hubungi no telepon (di belakang lembaran pengembalian)