Daftar pemeriksaan perkembangan anak pra-sekolah Taipei City

0.4

Genap 4 bulan (3 bulan 16 hari ~ 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) Z④□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.
Ingat: (setidaknya 90% benar untuk anak usia penuh 5 bulan). Jika pengetesan pada usia 4 bulan tidak lewat maka perlu dites lagi pada usia 5 bulan

1. (berbaring) Pada saat berbaring, kedua tangan bayi terbuka secara alami atau tidak selalu tergenggam	benar	salah
2. (berbaring) Pada saat berbaring kedua tangan bayi saling berdekatan di depan dada (tidak mesti bersentuhan)	benar	salah
★ 3. (berbaring) Tanpa disadari kepala bayi selalu miring pada satu sisi, tidak bisa kembali pada posisi tengah atau bergerak dengan bebas.	benar	salah
★ 4. (berbaring) Saat berbaring dalam keadaan diam dan tidak bergerak, posisi badan sering miring ke satu sisi, tidak dapat bertahan pada posisi tengah	benar	salah
5. (berbaring) Pada saat mengganti popok, kedua paha bayi ada hambatan tidak normal, sulit dibuka atau ditekuk	benar	salah
★ 6.(berbaring) Kekuatan dan frekuensi yang digunakan tangan kanan dan kiri atau kaki kanan dan kiri tidak seimbang	benar	salah
7.(berbaring) Pada saat bayi berbaring dan kita mengangkatnya, kepala bayi tidak bertenaga untuk ikut naik (bergerak) (90% akan lewat jika berumur genap 5 bulan)	benar	salah
8. (berbaring) jarang mengeluarkan suara saat bermain dengannnya.	benar	salah
★ 9. (berbaring) dari atas ke bawah untuk mengikuti gerakan barang yang tidak bersuara (boleh menarik perhatian bayi dengan menggunakan mainan yang mengeluarkan suara atau menyentuh wajah bayi, setelah itu gerakan tanpa suara ke kiri atau kanan di depan mata anak sejauh kira-kira 20 cm, perhatikan reaksi anak)	benar	salah
10. (telungkup) Bisa bertahan dengan kedua belah siku tangan saat telungkup, angkat kepala anak dan tegak lurus dengan lantai, dan setelah dapat bertahan beberapa detik baru anak menurunkan kepalanya pelan-pelan (apabila kepala anak kaku waktu ditegakkan atau menurunkan kepalanya dengan cepat, berarti tes ini dianggap tidak lewat)	benar	salah
11. (berdiri) Pada saat digendong dengan posisi berdiri, kepala bayi mampu bertahan minimal 10 detik dan kepala tidak terayun-ayun	benar	salah
★ 12. saat bertatapan muka dengan orang, anak akan terus memperhatikan orang tersebut, dan akan menunjukkan minat terhadap orang tersebut.	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)