

Sebelum pemeriksaan kesehatan 3 tahun anak Anda

Cetak salinan terjemahan formulir Evaluasi Orang Tua untuk Status Perkembangan (SEDS) dari situs internet www.mhcs.health.nsw.gov.au dan isilah sebelum kunjungan Anda, atau mintalah perawat kesehatan anak Anda membantu Anda.

Faktor pendengaran yang harus diselesaikan dari usia 3 tahun	Ya	Tidak	Tidak pasti
Apakah Anda prihatin tentang pendengaran anak Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pada tahun terakhir, apakah anak Anda menderita lebih dari empat infeksi telinga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda tetap pilek dan/atau mempunyai hidung beringus hijau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pada tahun terakhir, apakah anak Anda menderita telinga yang mengeluarkan lelehan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sewaktu pilek, apakah anak Anda mengalami kesulitan mendengar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda sering meminta Anda mengulangi sesuatu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda mengalami kesulitan mengikuti petunjuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda berbicara dengan jelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda menggunakan gabungan kata-kata sewaktu berbicara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda mengikuti petunjuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda memainkan peran aktif dalam percakapan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak anda dapat menentukan dari mana datangnya suatu bunyi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah jawaban anak Anda kepada pertanyaan sering tidak sesuai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah Anda menanggapi petunjuk dengan lamban, melihat dan mengikuti isyarat dari anak lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah kehadiran anak Anda kurang baik di prasekolah / penitipan anak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda sering menoleh sebelah telinga ke arah pembicara atau sumber bunyi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda kurang perhatian atau mengganggu dalam kelompok?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda sering salah mengerti atau salah tafsir petunjuk lisan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda menunggu isyarat dari teman dan bukannya guru sebelum coba melakukan tugas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda menolak berpartisipasi dalam kegiatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda tampaknya penyendiri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Penglihatan

Apakah Anda prihatin tentang penglihatan anak Anda?

Apakah ia mempunyai mata yang tidak lurus atau mata malas (squint atau strabismus)?

Apakah ia menghadapi kesulitan melihat benda kecil?

Apakah ia menunjukkan minat dalam benda yang jauh, mis. pesawat terbang dan burung yang beterbangan?

Apakah ada anggota keluarga yang menderita masalah penglihatan?

Jika jawaban untuk manapun dari pertanyaan ini adalah ya, beri tahu dokter atau perawat kesehatan anak dan keluarga Anda

Hasil Normal Rujukkan Tinjau Ulang