

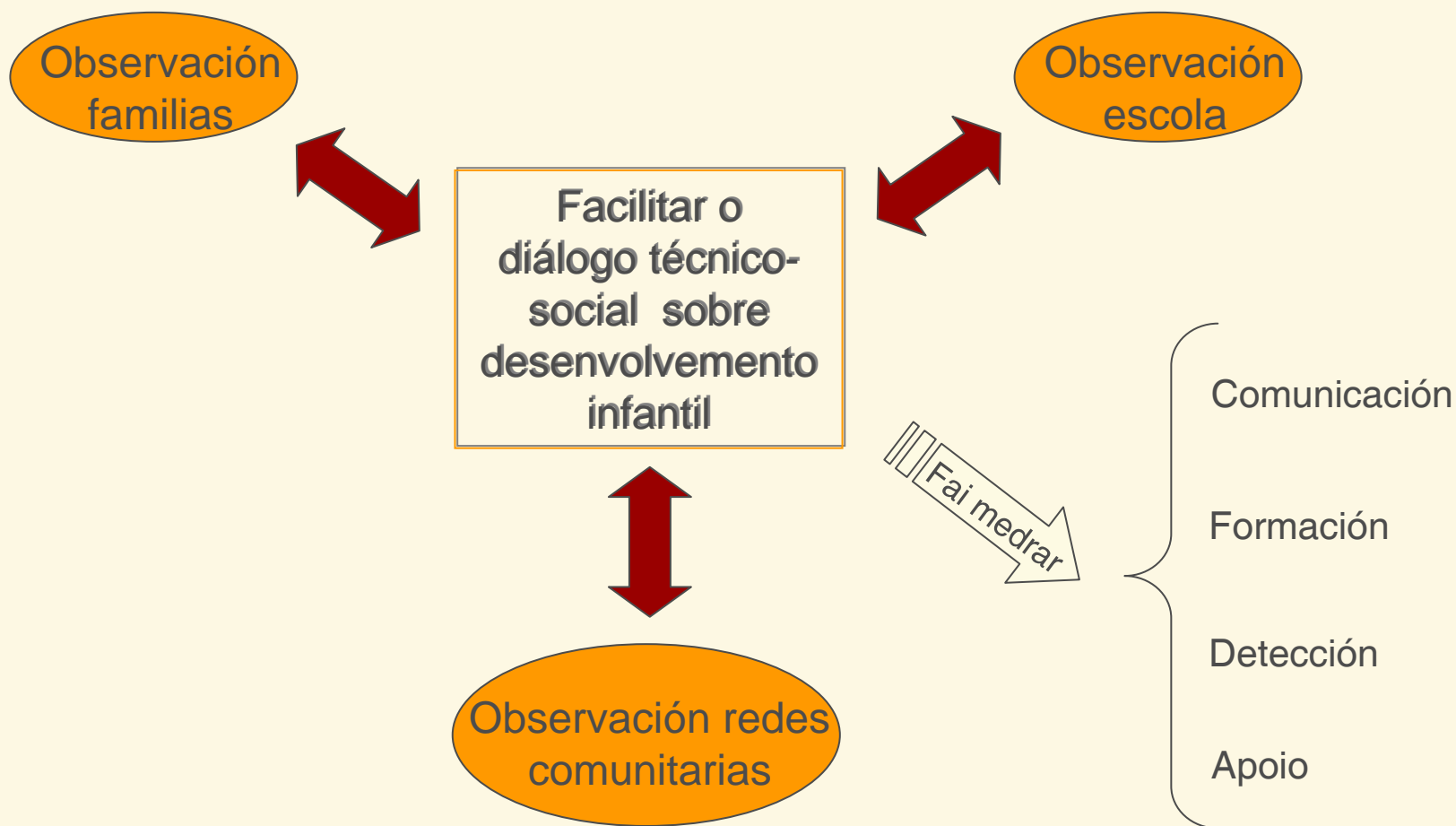


PROCESO *a_tempo*





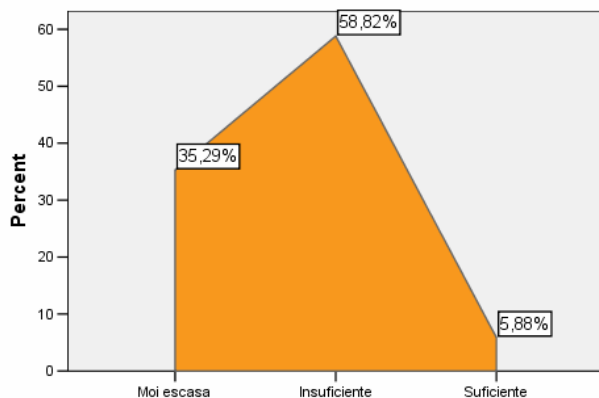
A IDEA ESTRATÉXICA



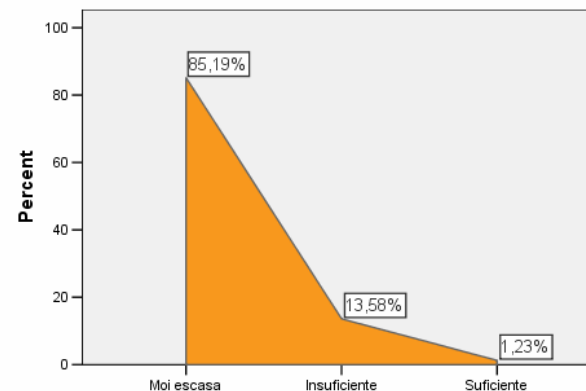


A SITUACIÓN DE PARTIDA

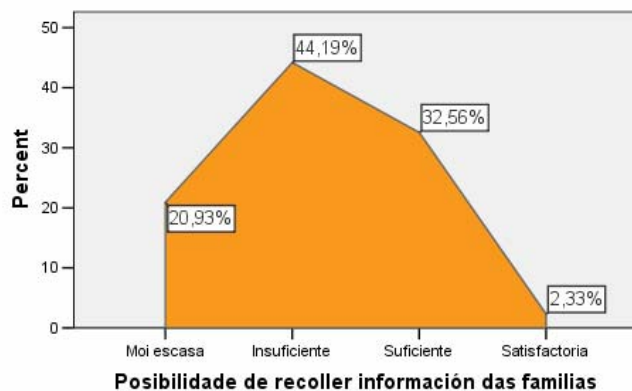
Información recibida sobre nenos/as con trax. atípicas



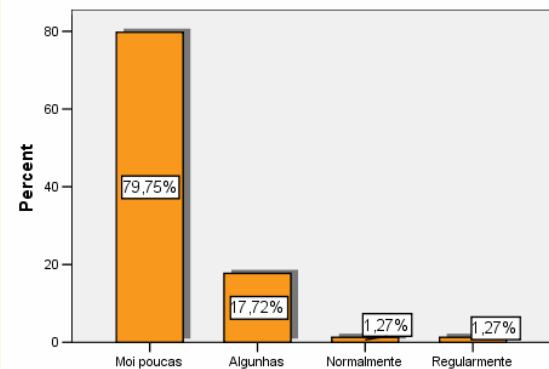
Actividades de detección nas escolas 2006



Información das familias 2006

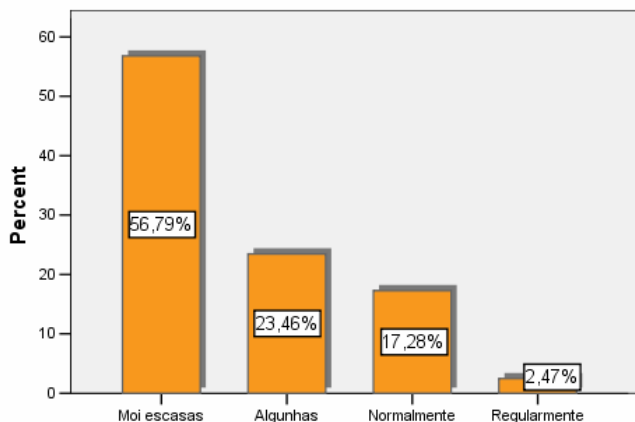


Posibilidade de actividades de apoio nas escolas ós/lás nenos/as con nee 2006

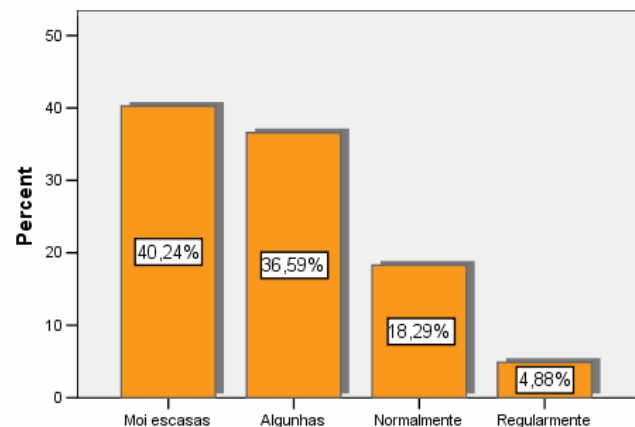




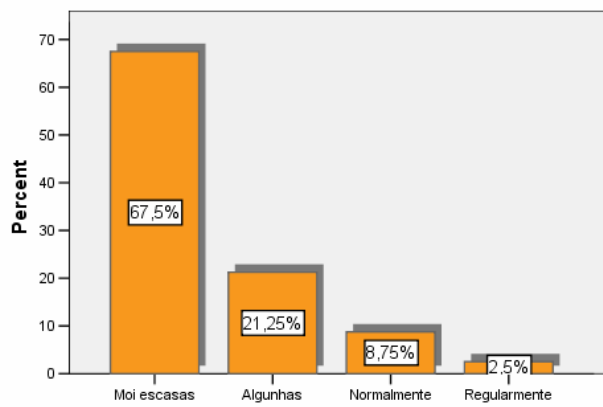
Posibilidade de colaborar cos servizos de saúde en relación aos/as nenos/as con nee 2006



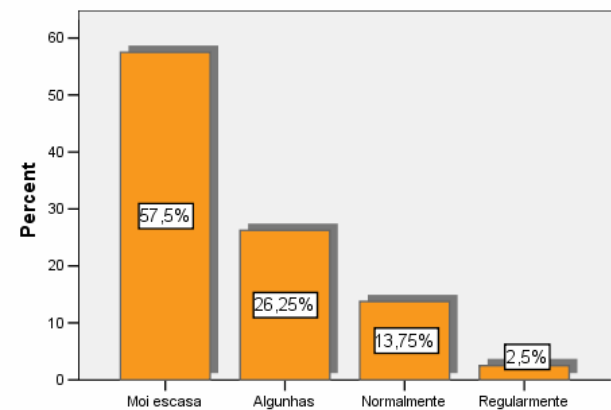
Posibilidade de colaborar cos servizos sociais ao respecto dos/as nenos/as con nee 2006



Posibilidade de colaborar coas unidades de atención temperá 2006

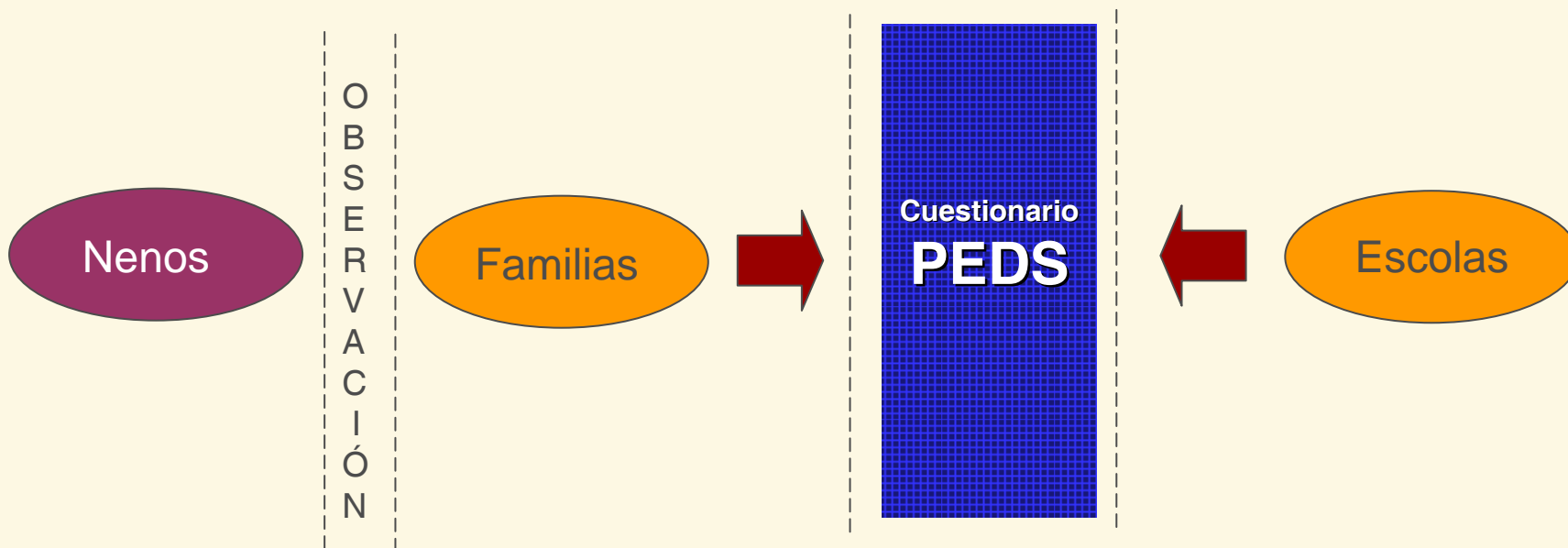


Posibilidade de colaborar cos servizos educativos ao respecto dos nenos con nee 2006





1.- FACILITAR A COMUNICACION COAS FAMILIAS E RECOLLER AS SÚAS PREOCUPACIÓNS





Cuestionario PEDS



	Sensibilidade	Especificidade	Idades
PEDS	74-79 %	70-80%	0-8

a_tempo

Formulario de respostas PEDS

Nome da nena ou nenado: _____
 Nome da nai ou pai: _____
 Data de nacemento do nenado: _____
 Idade da nena ou nenado: _____

1 Anote as súas preocupacións:

2 Tin algunha preocupación?
 Marque unha: Si Non
 COMENTARIOS: _____

3 Tin algunha preocupación?
 Marque unha: Si Non
 COMENTARIOS: _____

4 Tin algunha preocupación?
 Marque unha: Si Non
 COMENTARIOS: _____

5 Tin algunha preocupación?
 Marque unha: Si Non
 COMENTARIOS: _____

6 Tin algunha preocupación?
 Marque unha: Si Non
 COMENTARIOS: _____

7 Tin algunha preocupación?
 Marque unha: Si Non
 COMENTARIOS: _____

8 Tin algunha preocupación?
 Marque unha: Si Non
 COMENTARIOS: _____

9 Tin algunha preocupación?
 Marque unha: Si Non
 COMENTARIOS: _____

10 Anote calquera outra preocupación:

a_tempo

Programa de detección precoz nas escolas infantís

Formulario de Puntuación PEDS

Nome do nenado ou nena: _____ Data de nacemento: _____

Escolla a columna correspondente á idade do nenado ou nena. Faga unha marca de verificación no cadrado correspondente para indicar cada preocupación expresada no Formulario de respostas PEDS. Consulte a Guía Breve de puntuación para ver máis detalles sobre a categorización de preocupacións. Os cadrados amarelos ou sombreados son preocupacións preditivas. Os cadrados perfilados son preocupacións non preditivas.

Idade do nenado ou nena:	0-3 meses	4-5 meses	6-11 meses	12-14 meses	15-17 meses	18-23 meses	2 anos	3 anos	4-4 1/2 anos	4 1/2-6 anos	6-7 anos	7-8 anos
1 Global/Cognitivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Linguaxe expresiva e articulación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 Linguaxe receptiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 Motricidade fina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 Motricidade grosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 Comportamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Socioemocional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8 Autosuficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Outros	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Conte o número de marcas de verificación nos cadrados pequenos amarelos de arriba e anote o total nestes cadrados amarelos grandes de abaixo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Se o número consignado nestes cadrados amarelos grandes é 2 ou máis, siga o Itinerario A do Formulario de Interpretación PEDS. Se o número é 1 exactamente, siga o Itinerario B. Se o número consignado é 0, conte o número de cadrados perfilados (non amarelos) de arriba e anote o total nestes cadrados perfilados grandes de abaixo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Se o número consignado neste cadrado perfilado grande é 1 ou máis, siga o Itinerario C. Se figura un 0, siga o Itinerario D se é importante. Noutros casos, siga o Itinerario E

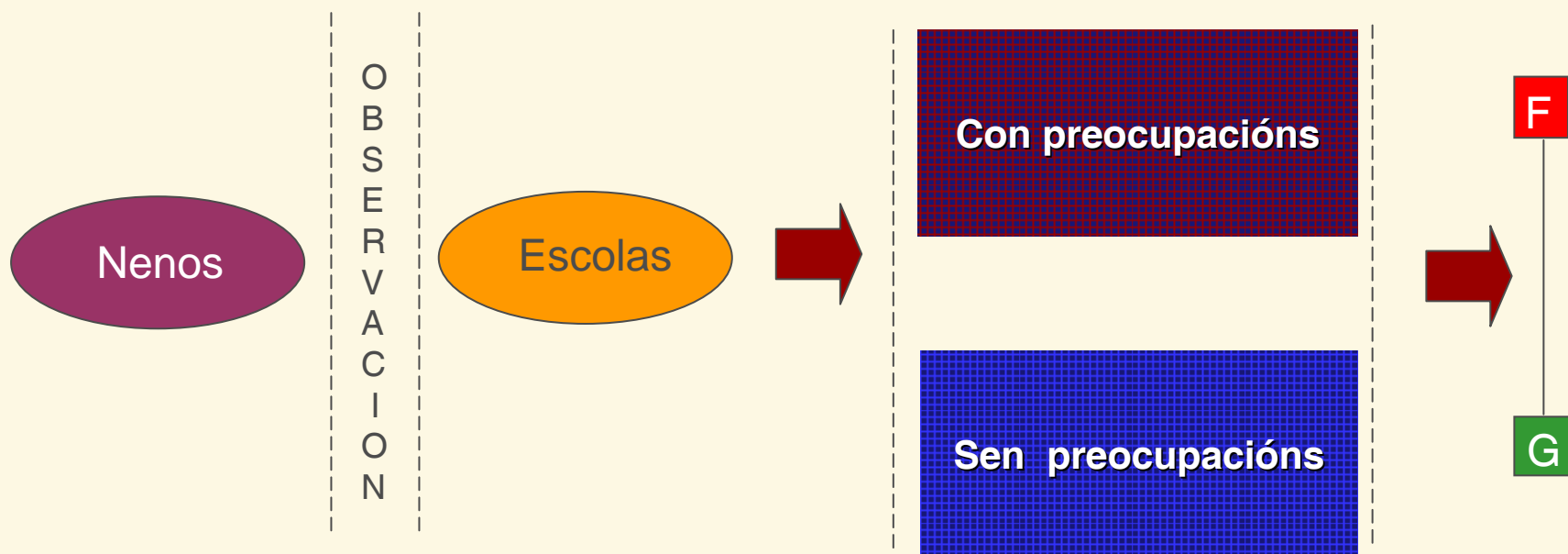
© 2005 Prasco Page Glencoe, Illinois e Washington Free, LLC, 1013 Austin Court, Molineville, TN 37135, tlf.: 615-776-6111, fax: 615-776-6119, www.pedsnet.com. Distribución electrónica: escriba a support@tempo.org para solicitar o seu formulario ou para solicitar máis información.

agat Asociación Galega de Atención Temprá
 XUNTA DE GALICIA VICEPRESIDENCIA DA IGUALDADE E DO BENESTAR
 Secretaría Xeral da Igualdade



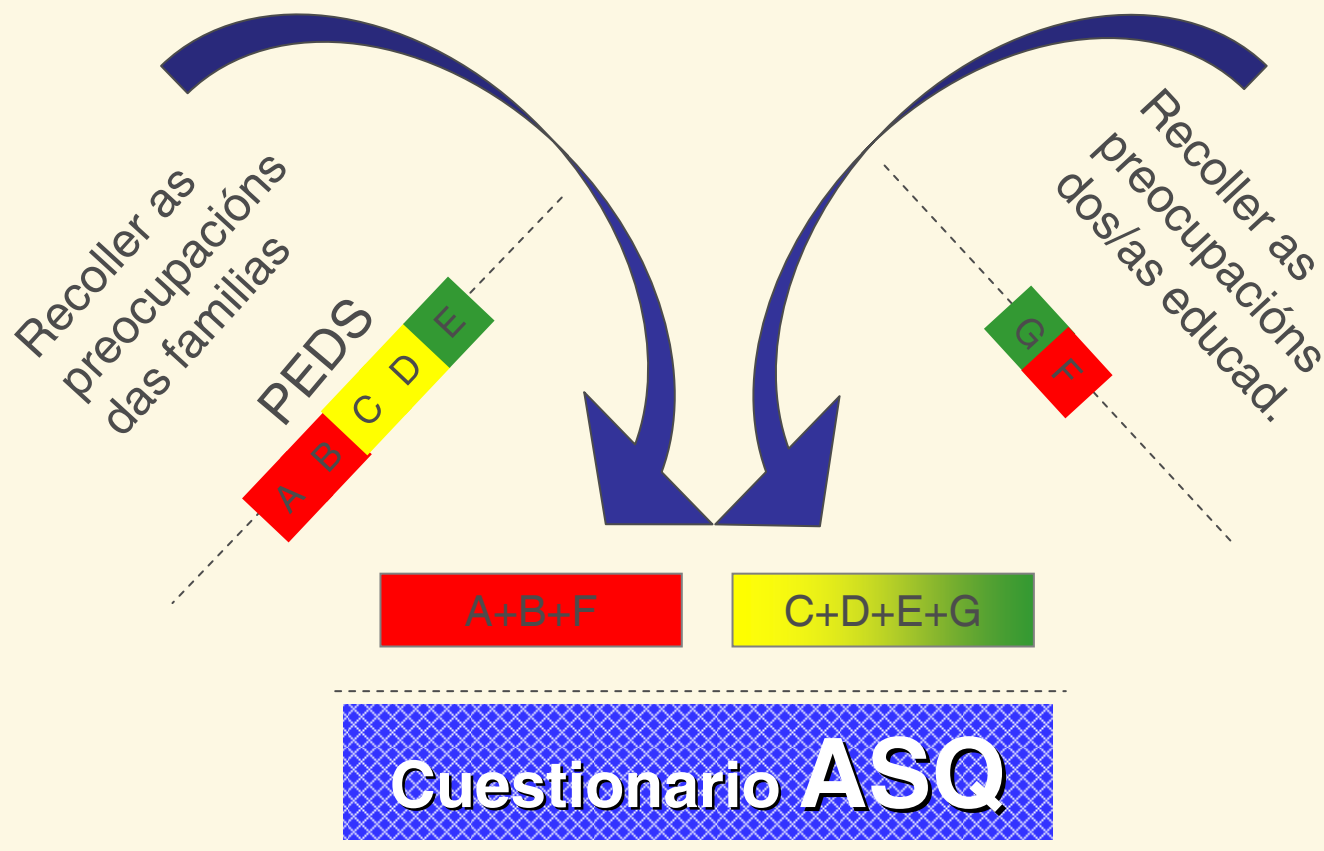


2.- RECOLLER A OBSERVACIÓN DOS/AS EDUCADORES/AS





3 – CONTRASTAR AS PREOCUPACIÓNS





Cuestionario ASQ

	Sensibilidade	Especificidade	Idades
ASQ	70-90 %	76-91%	0.4- 5

ASQ Sumario Informativo 12^o Mes/1^o Año

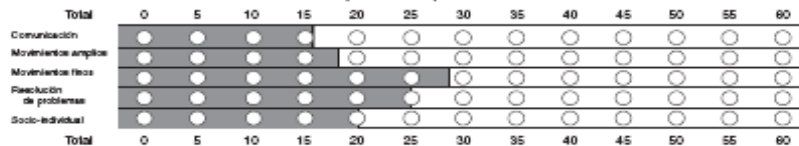
Nombre del bebé: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Persona llenando cuestionario: _____ Fecha de nacimiento corregida: _____
 Dirección de correo: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Fecha de hoy: _____ Ayúdanos en completar el ASQ: _____

RESUMEN: Por favor traslade las respuestas de la sección total del cuestionario tachando "si" o "no" y reportando cualquier comentario.

- | | | | |
|---|-------|---|-------|
| 1. ¿Cyo bien?
Comentarios: _____ | SI NO | 4. Historial: ¿Hay problemas auditivos de la familia?
Comentarios: _____ | SI NO |
| 2. ¿Usa las dos manos por igual?
Comentarios: _____ | SI NO | 5. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: _____ | SI NO |
| 3. ¿Pies planos en la superficie?
Comentarios: _____ | SI NO | 6. ¿Problemas médicos recientes?
Comentarios: _____ | SI NO |
| | | 7. ¿Otros preocupaciones?
Comentarios: _____ | SI NO |

ANOTACIÓN DEL CUESTIONARIO

- Asegúrese de que todas las cosas hayan sido contestadas. Si no cosa ser contestadas, rellénelas al equivalente del average del proceso de la Guía de Uso del ASQ.
- Califique cada parte del cuestionario escribiendo el número apropiado en la línea de los totales.
SI = 10 A VECES = 5 TODAVIA NO = 0
- Añada las partes calificadas de cada sección y anote esos resultados en los espacios provistos para totales.
- Indique el total del bebé en cada área, llenando los círculos apropiados en el cuadro inferior. Por ejemplo, si la anotación total para el área de comunicación fue 50, llene el círculo debajo del 50 en la primera fila.



Examine los círculos llenados en cada área anterior.

- Si el total del bebé cae entre área, el bebé aparenta estar bien en esa área hasta ahora.
- Si el total del bebé cae entre área, hable con un profesional. Su bebé quizás necesita más evaluación.

OPCIONAL: Las respuestas específicas de los artículos del cuestionario pueden ser anotadas en este cuadro sinóptico.

	Tarjetas	Límite	Comunicación	Movimientos amplios	Movimientos finos	Resolución de problemas	Socio-individual
12 meses/1 año	Comunicación	15.8	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Movimientos amplios	18.0	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimientos finos	28.4	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Resolución de problemas	25.2	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Socio-individual	20.1	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
				6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
			S A T	S A T	S A T	S A T	

Administrador o proveedor del programa:



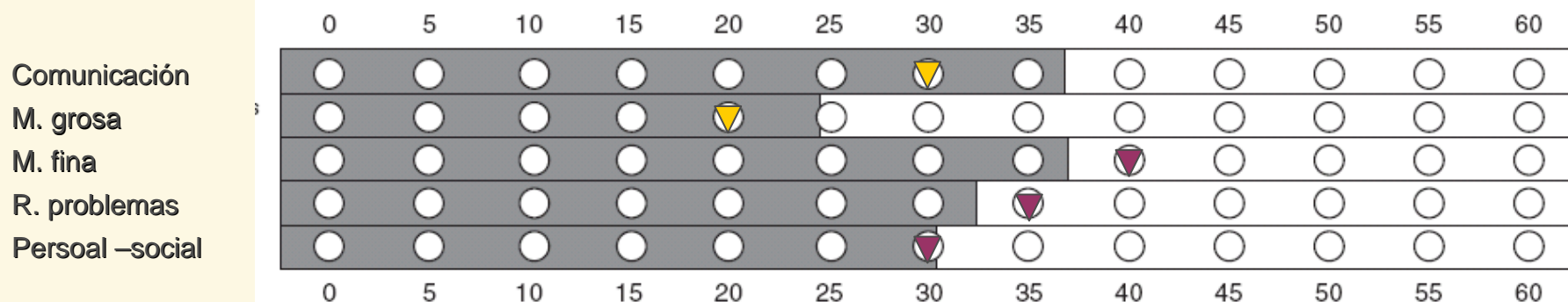


19 cuestionarios

4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24
27, 30, 33, 36,
42, 48, 54, 60

5 áreas

- Comunicación
- Motricidade grosa
- Motricidade fina
- Resolución problemas
- Persoal-social



8 meses



4.- DEVOLVER OS RESULTADOS E APOIAR AS CRIANZAS



Afondar na avaliación

Apoio na escola

Asesoramento

Devolver os resultados ás familias

ASQ Sumario Informativo 12^º Mes/1^º Año

Nombre del bebé: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Persona llenando cuestionario: _____ Fecha de nacimiento corregida: _____
 Dirección de correo: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Fecha de hoy: _____ Ayudantes en completar el ASQ: _____

RESUMEN: Por favor traslade las respuestas de la sección total del cuestionario tachando "sí" o "no" y reportando cualquier comentario.

1. ¿Cye bien? Comentarios: _____	SÍ NO	4. Historial: ¿Hay problemas auditivos de la familia? Comentarios: _____	SÍ NO
2. ¿Usa las dos manos por igual? Comentarios: _____	SÍ NO	5. ¿Preocupaciones sobre la vista? Comentarios: _____	SÍ NO
3. ¿Pies planos en la supedita? Comentarios: _____	SÍ NO	6. ¿Problemas médicos recientes? Comentarios: _____	SÍ NO
		7. ¿Otros preocupaciones? Comentarios: _____	SÍ NO

ANOTACIÓN DEL CUESTIONARIO

- Asegúrese de que todas las cosas hayan sido contestadas. Si no cosa ser contestadas, utilícese al equivalente del promedio del proceso de la Guía de Uso del ASQ.
- Califique cada parte del cuestionario escribiendo el número apropiado en la línea de los totales.
SÍ = 10 A VECES = 5 TODAVÍA NO = 0
- Añada las partes calificadas de cada sección y anote esos resultados en los espacios provistos para totales.
- Indique el total del bebé en cada área, llenando los círculos apropiados en el cuadro inferior. Por ejemplo, si la anotación total para el área de comunicación fue 50, llene el círculo debajo del 50 en la primera fila.

Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Comunicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimientos amplios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimientos finos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resolución de problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Socio-individual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60

Examine los círculos llenados en cada área anterior.

- Si el total del bebé cae entre área, el bebé aparenta estar bien en esa área hasta ahora.
- Si el total del bebé cae entre área, hable con un profesional. Su bebé quizás necesite más evaluación.

OPCIONAL: Las respuestas específicas de los artículos del cuestionario pueden ser anotadas en este cuadro sinóptico.

	Tanto	Límite	Comunicación	Movimientos amplios	Movimientos finos	Resolución de problemas	Socio-individual
12 meses/1 año	1	15,8	1	1	1	1	1
	2	18,0	2	2	2	2	2
	3	20,2	3	3	3	3	3
	4	22,4	4	4	4	4	4
	5	24,6	5	5	5	5	5
	6	26,8	6	6	6	6	6

Administrador o proveedor del programa: _____

Agar & Shigeru Quenkowaka, Second Edition, Bricker et al.
© 1995 Paul H. Brookes Publishing Co. 1995

7 12 meses/1 año



UNHA REDE DE APOIO

- 25 especialistas en AT
- 1 por escola
- 3 quendas de apoio (2/3 unidades por quenda)
- Cada quenda 3-4 meses
- 35 horas de apoio presencial nas escolas



Programa de
detección precoz
nas escolas
infantís
0-3

Guía de actividades

XUNTA DE GALICIA



RESUMEN
DO PROXECTO

BASES

XUSTIFICACIÓN

OBXECTIVOS

MEDIOS

FASES

CRONOGRAMA

XEOGRAFÍA
DE ESCOLAS

ENLACES



MAPA WEB

AXUDA

PROFESIONAL



AS PERSOAS

AXENDA

MEMORIA

DOCUMENTOS

CRONOGRAMA

FORO

FAQ

ENLACES

ACCESO
PÚBLICO



MAPA WEB

AXUDA

PROFESIONAL



ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Presentación a directores/as (5 horas)

Decembro 2006

Formación formadores (16 horas para titores/as)

Marzo 2007

Preparación escolas (8 horas por quenda x 4 provincias)

Divulgación comunitaria (8 horas)

Xuño 2007

Avaliación Técnica (8 horas)

Outubro 2008