

NR EWIDENCYJNY (wypełnia diagnosta):

IMIĘ DZIECKA: .....

DATA URODZENIA: .....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA: Częstochowa.

Dane rodzica

Imię, nazwisko: .....

Dane kontaktowe (nr tel., e-mail): .....

M-CHAT-R™

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania, dotyczące Twojego dziecka. Weź pod uwagę jak Twoje dziecko zazwyczaj się zachowuje. Jeśli dane zachowanie u Twojego dziecka pojawiło się kilka razy, ale zazwyczaj dziecko tego nie robi, odpowiedz „nie”. Zaznacz odpowiedź „tak” lub „nie” przy każdym pytaniu. Dziękujemy.

1. Jeśli wskażesz ręką na jakiś obiekt w pokoju, to czy wtedy Twoje dziecko na niego spojrzy? (np. jeśli wskazujesz na zabawkę, albo na zwierzę, to czy Twoje dziecko spogląda na tę zabawkę lub zwierzę?)	Tak	Nie
2. Czy kiedykolwiek przyszło Ci do głowy, że Twoje dziecko może mieć problemy ze słuchem?	Tak	Nie
3. Czy Twoje dziecko bawi się w udawanie, albo w zabawy na niby? (np. udaje, że pije z pustego kubeczka, udaje, że rozmawia przez telefon, albo udaje, że karmi lalkę lub pluszową zabawkę?)	Tak	Nie
4. Czy Twoje dziecko lubi się wspinać na przedmioty? (np. na meble, na drabinki na placu zabaw lub na schody?)	Tak	Nie
5. Czy Twoje dziecko wykonuje nietypowe ruchy palcami dłoni przy swoich oczach? (np. czy Twoje dziecko macha dłońmi blisko przed swoimi oczami?)	Tak	Nie
6. Czy Twoje dziecko wskazuje palcem aby o coś poprosić lub uzyskać pomoc? (np. czy wskazuje na przekąskę lub zabawkę, która jest poza jego zasięgiem?)	Tak	Nie
7. Czy Twoje dziecko wskazuje palcem aby pokazać Ci coś interesującego? (np. czy wskazuje na samolot lecący na niebie lub na przejeżdżającą ciężarówkę?)	Tak	Nie
8. Czy Twoje dziecko jest zainteresowane innymi dziećmi? (np. czy Twoje dziecko obserwuje inne dzieci, uśmiecha się do nich lub podchodzi do nich?)	Tak	Nie
9. Czy Twoje dziecko przynosi Ci przedmioty, aby Ci je pokazać lub podnosi je tak, abyś mógł/mogła zobaczyć – nie po to aby uzyskać pomoc, ale tylko po to, by je pokazać? (np. pokazuje Ci kwiatek, pluszową zabawkę, lub zabawkową ciężarówkę?)	Tak	Nie
10. Czy Twoje dziecko odpowiada Ci, gdy wołasz je po imieniu? (np. czy dziecko spogląda w Twoim kierunku, mówi lub gaworzy lub przestaje robić to, co właśnie robiło, gdy wołasz je po imieniu?)	Tak	Nie

11. Gdy uśmiechasz się do swojego dziecka, czy Twoje dziecko również odpowiada Ci uśmiechem?	Tak	Nie
12. Czy Twoje dziecko bywa rozdrażnione z powodu codziennych głośnych dźwięków? (np. czy Twoje dziecko krzyczy lub płacze w reakcji na głośne dźwięki takie jak dźwięk odkurzacza lub głośna muzyka?)	Tak	Nie
13. Czy Twoje dziecko chodzi?	Tak	Nie
14. Czy Twoje dziecko patrzy Ci w oczy gdy do niego mówisz, gdy się z nim bawisz lub gdy je ubierasz?	Tak	Nie
15. Czy Twoje dziecko próbuje naśladować to, co Ty robisz? (np. machanie „papa”, klaskanie lub wydawanie śmiesznych dźwięków)	Tak	Nie
16. Jeśli Ty odwrócisz głowę, by na coś spojrzeć, czy Twoje dziecko również odwraca głowę, by spojrzeć na to samo co Ty?	Tak	Nie
17. Czy Twoje dziecko próbuje zwrócić na siebie Twoją uwagę, byś na nie patrzył/a? (np. czy Twoje dziecko spogląda na Ciebie by zostać pochwalone lub czy mówi „popatrz”, „patrz na mnie”?)	Tak	Nie
18. Czy Twoje dziecko rozumie, gdy mówisz mu aby coś zrobiło? (np. jeśli nie wskazujesz palcem, nie robisz gestu rękami, czy wtedy Twoje dziecko rozumie polecenie „połóż książkę na krześle” lub „podaj mi koc”?)	Tak	Nie
19. Gdy dzieje się coś nowego, czy wtedy Twoje dziecko spogląda na Ciebie, by sprawdzić Twoją reakcję, jak się z tym czujesz? (np. gdy dziecko usłyszy jakiś nowy lub zabawny dźwięk lub zobaczy nową zabawkę, czy popatrzy wtedy na Twoją twarz?)	Tak	Nie
20. Czy Twoje dziecko lubi zabawy ruchowe? (np. być kołysane, podrzucane u Ciebie na kolanach)	Tak	Nie