|  |  |
| --- | --- |
| **Модифицированный Скрининговый Тест на Аутизм для Детей от 16 до 30 месяцев. (M-CHAT-R™)** | |
| *ФИО ребёнка* |  |
| *Дата рождения* |  |
| *ФИО законного представителя* |  |
| *Контактный телефон* |  |
| *Адрес электронной почты* |  |
| *Номер поликлиники и филиала по месту жительства* |  |
| *ФИО участкового педиатра* |  |
| *Баллы* |  |
| *Отметка даты и времени прохождения теста* |  |