ТЕСТ

на наличие аутизма у детей раннего возраста

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата проведения тестирования: **{{name}}** | | | | |
| Фамилия, имя ребенка: **{{name}}** | | | | |
| Возраст ребенка: **{{age}}** | | Число, месяц, год рождения ребенка:  **{{birth\_date}}** | | |
|  | Правится ли Вашему ребенку, когда его подбрасывают, качают на коленях и другие подобные игры? | | Да | Нет |
|  | Проявляет ли Ваш ребенок интерес к другим детям?\* | | Да | Нет |
|  | Нравится ли Вашему ребенку взбираться по предметам таким, как лестница? | | Да | Нет |
|  | Нравится ли Вашему ребенку игра в прятки/«ку-ку»? | | Да | Нет |
|  | Играет ли Ваш ребенок в игры «понарошку», например, говорит по телефону или заботится о кукле, или что-то другое? | | Да | Нет |
|  | Показывает ли Ваш ребенок указательным пальцем на что-либо, чтобы попросить об этом? | | Да | Нет |
|  | Показывает ли Ваш ребенок указательным пальцем на что-либо, чтобы обозначить свой интерес?\* | | Да | Нет |
|  | Может ли Ваш ребенок сам играть по назначению с маленькими игрушками (например, машинками или кубиками) без того, чтобы засовывать их в рот, вертеть в руках, бросать? | | Да | Нет |
|  | Приносит ли Ваш ребенок предметы Вам (родителям), чтобы показать?\* | | Да | Нет |
|  | Смотрит ли Ваш ребенок Вам в глаза в течение более чем 1-2 секунд? | | Да | Нет |
|  | Проявлял ли Ваш ребенок когда-либо сверхчувствительность к шуму (например, закрывая уши)?\*\* | | Да | Нет |
|  | Ваш ребенок улыбается, если видит Ваше лицо, Вашу улыбку? | | Да | Нет |
|  | Ваш ребенок подражает Вам (например, если Вы скорчили рожицу)?\* | | Да | Нет |
|  | Ваш ребенок откликается, когда Вы зовете его по имени?\* | | Да | Нет |
|  | Если Вы через всю комнату показываете на игралку. Ваш ребенок смотрит на нее?\* | | Да | Нет |
|  | Ваш ребенок ходит? | | Да | Нет |
|  | Ваш ребенок смотрит на то, на что смотрите Вы? | | Да | Нет |
|  | Совершает ли Ваш ребенок необычные движения руками перед лицом?\*\* | | Да | Нет |
|  | Пытается ли Ваш ребенок привлечь Ваше внимание к тому, чем он занимается? | | Да | Нет |
|  | Казалось ли Вам когда-либо, что Ваш ребенок не слышит (глухой)?\* \*\* | | Да | Нет |
|  | Понимает ли Ваш ребенок речь других людей? | | Да | Нет |
|  | Бывает ли так, чго Ваш ребенок пристально смотрит в пустоту или бесцельно ходит, бегает?\*\* | | Да | Нет |
|  | Если происходит что-то незнакомое, смотрит ли ребенок Вам в лицо в поисках Вашей реакции? | | Да | Нет |