

# Formulário para Avaliação de Tratamentos do Autismo (Autism Treatment Evaluation Checklist: ATEC)

## 1. Informações

Nome da Criança (Sobrenome, Primeiro Nome)

França, Isaac

Sexo

Masc.

Idade

3

Data de nasc (por exemplo: 09/25/1998)

11/06/2018

Diagnóstico:

Autismo

## 2. Diagnostic History

Exames de diagnóstico realizados para confirmar o diagnóstico – indique o(s) ano(s) em que foi realizado e o prestador que realizou o exame. Se o exame nunca foi realizado, deixe em branco

	Ano(s) em que foi realizado	Prestador(es) ou local que realizaram o exame
Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)		
Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)		
Childhood Autism Rating Scale (CARS, CARS 2)		
Gilliam Autism Rating Scale (GARS)		
Entrevista de Desenvolvimento, Diagnóstico e Dimensão		
Entrevista de Diagnóstico de Social e Comunicação		
DSM-5		
Outro – Anote		

Formulário preenchido por:

Tony Calleri França

Relação de usuário para criança:

Parente

Outro, por favor explique

Endereço de email. Nem todos os servidores aceitam e-mails gerados automaticamente - recomendamos fazer uma captura de tela ou recortar e colar suas pontuações em um documento quando elas forem exibidas no final da lista de verificação.

tonylampada@gmail.com

### 3. I. Fala/Linguagem/Comunicação

---

**Por favor, selecionar as letras para indicar o que é verdadeiro de cada frase:**

**I. Fala/Linguagem/Comunicação: [N] Não verdadeiro, Mais ou menos, Verdade**

	Não verdadeiro	Mais ou menos	Verdade
1. Sabe próprio nome			X
2. Responde ao 'Não' ou 'Pare'		X	
3. Pode obedecer certas ordens		X	
4. Consegue usar uma palavra por vez			X
5. Consegue usar 2 palavras juntas		X	
6. Consegue usar 3 palavras juntas	X		
7. Sabe 10 ou mais palavras			X
8. Consegue usar orações com 4 ou mais palavras	X		
9. Explica o que quer	X		
10. Faz perguntas com sentido	X		
11. Sua linguagem costuma ser relevante/com sentido		X	
12. Com frequência usa várias orações sucessivas	X		
13. A Mantem uma conversa razoavelmente boa	X		
14. Tem capacidade normal de comunicacao para a sua idade	X		

### 4. II. Sociabilidade:

---

**Por favor, selecionar as letras para indicar o que é verdadeiro de cada frase:**

**II. Sociabilidade: [N] Não descritivo, Mais ou menos , Descreve o meu filho**

	Não descritivo	Mais ou menos	Descreve o meu filho
1. Parece estar fechado em si mesmo - nao é possível interagir com ele/ela		X	
2. Não presta atenção nas pessoas		X	
3. Mostra pouca ou nada de atenção quando falamos com ele	X		
4. Não é cooperativo e é resistente	X		
5. Não tem contato ocular	X		
6. Prefere que o deixem sozinho		X	
7. Não demonstra afeto		X	
8. Não cumprimenta os pais		X	
9. Evita contato com outras personas	X		
10. Não imita		X	
11. Não gosta que lhe abracem ou acariciem	X		
12. Nao compartilha / mostra coisas aos outros			X
13. Nao se despede fazendo tchau			X
14. Desagradavel / desobediente	X		
15. Birras		X	
16. Nao tem amigos / companheiros			X
17. Sorri muito pouco	X		
18. Insensível aos sentimentos dos outros			X
19. Nao tem interesse em agradar os outros			X
20. Fica indiferente quando os pais vao embora, se distanciam		X	

**5. III. Consciencia Sensorial / Cognitiva**

---

**Por favor, selecionar as letras para indicar o que é verdadeiro de cada frase:**

**III. Percepção sensorial /cognitiva: [N] Não descritivo [P] Pouco descritivo [M] Muito descritivo**

	Nao descreve o meu filho	Descreve um pouco	Descreve meu filho
1. Responde ao próprio nome		X	
2. Reconhece quando e' elogiado	X		
3. Olha para as pessoas e animais		X	
4. Assiste desenhos na TV			X
5. Desenha, colore, faz objetos de arte		X	
6. Brinca com os brinquedos de forma correta		X	
7. Tem uma expressao facial apropriada		X	
8. Entende as historias da T.V.	X		
9. Entende as suas explicacoes	X		
10. Esta consciente do ambiente que lhe rodeia			X
11. Tem consciencia de perigo		X	
12. Mostra imaginacão		X	
13. Inicia atividades		X	
14. Se veste sozinho	X		
15. Curioso, interessado			X
16. Se aventura, explora			X
17. Sintonizado, nao parece• estar 'nas nuvens'		X	
18. Olha para onde os outros olham	X		

#### **6. IV. Saúde / Aspectos físicos / Comportamento**

---

**Por favor, selecionar as letras para indicar o que é verdadeiro de cada frase:**

**IV. Saúde / Aspectos físicos / Comportamento:** [N] Não é um problema; [PP] Problema Pequeno, [PM] Problema Moderado; [PG] Problema Grave

	Nao é um Problema	Problema Menor	Problema Moderado	Problema Sério
1. Enuresis (urina na cama)	X			
2. Urina nas calcas ou fralda		X		
3. Defeca nas calcas ou fralda		X		
4. Diarreia	X			
5. Prisão de ventre	X			
6. Problemas para dormir		X		
7. Come muito/muito pouco	X			
8. Dieta extremamente limitada, nao aceita qq comida	X			
9. Hiperativo	X			
10. Letargico	X			
11. Machuca a si mesmo	X			
12. Machuca os outros			X	
13. Destrutivo			X	
14. Sensível a barulho	X			
15. Ansioso/medroso	X			
16. Triste/chora	X			
17. Convulsões	X			
18. Fala/linguagem obsessiva		X		
19. Rotinas rígidas	X			
20. Grita			X	
21. Exige que as coisas sejam sempre feitas da mesma forma	X			
22. Com frequencia fica agitado		X		
23. No é sensível a dor		X		
24. Obcecado com certos objetos/temas			X	
25. Faz gestos, movimentos repetitivos		X		

## 7. Pontuação Total e em sub-escalas

### Subescala I Fala/Linguagem/Comunicação

## **Subskala II Sozialverhalten**

18

## **Subescala III Percepção sensorial /cognitiva**

19

## **Subescala IV Saúde / Aspectos físicos / Comportamento**

15

## **Subescala Somas:**

70

**Você quer que a gente para e-mail seus resultados? Nota: Os servidores variam - alguns não aceitam PDFs gerados automaticamente. Pode levar até 3 horas para o e-mail chegar - se você não o visualizar, também poderá verificar sua caixa de entrada de spam. Além disso, certifique-se de que sua conta de e-mail aceite e-mails de ATEC@autism.org para receber o anexo em PDF. Como precaução, faça uma captura de tela ou copie e cole os resultados da página final ou suas pontuações serão perdidas.**

Sim

## **O uso do escritório**

tonylampada@gmail.com