

## **Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F)<sup>TM</sup>**

Dr Diana L. Robins

Dr Deborah Fein

Dr Marianne Barton

Podziękowania: Dziękujemy Grupie Badawczej M-CHAT w Hiszpanii za opracowanie schematów blokowych użytych w niniejszym dokumencie.

Aby uzyskać więcej informacji wejdź na stronę: [www.mchatscreen.com](http://www.mchatscreen.com)  
lub [www.synapsis.org.pl](http://www.synapsis.org.pl)

albo

skontaktuj się z Dianą Robins, e-mail: [mchatscreen2009@gmail.com](mailto:mchatscreen2009@gmail.com)  
lub Fundacją Synapsis, e-mail: [badabada@synapsis.org.pl](mailto:badabada@synapsis.org.pl)

## Uprawnienia do używania M-CHAT-R/F™

The Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, & Barton, 2009) to dwustopniowe narzędzie przesiewowe do oceny ryzyka wystąpienia u dziecka zaburzeń ze spektrum autyzmu, w którym rodzic opisuje zachowania dziecka. M-CHAT-R/F jest dostępny do pobrania za darmo do celów klinicznych, badawczych i edukacyjnych. Ściągnięcie M-CHAT-R/F i powiązanych materiałów jest dozwolone ze strony [www.mchatscreen.com](http://www.mchatscreen.com).

M-CHAT-R/F jest chroniony prawem autorskim i musi być używany z zastosowaniem następujących reguł:

- (1) Przedruki / kopie M-CHAT-R muszą zawierać zapis o prawach autorskich na dole strony (© 2009 Robins, Fein, & Barton). Nie można dokonać modyfikacji pytań, instrukcji, czy kolejności pytań bez zgody autorów.
- (2) M-CHAT-R musi być używany w całości. Dane pokazują, że żaden zestaw pytań nie wykazuje odpowiednich właściwości psychometrycznych.
- (3) Strony zainteresowane wykorzystaniem M-CHAT-R / F w formie drukowanej (np. książka, czasopismo, lub artykuł) lub w formie elektronicznej do stosowania przez innych (na przykład: w ramach cyfrowej dokumentacji medycznej lub innego oprogramowania) muszą skontaktować się z Dianą Robins ([mchatscreen2009@gmail.com](mailto:mchatscreen2009@gmail.com)) w celu uzyskania pozwolenia.
- (4) Jeśli prowadzą Państwo praktykę lekarską, to mogą Państwo włączyć pierwszy etap M-CHAT-R do cyfrowej dokumentacji medycznej. Jeśli jednak chcą Państwo udostępnić cyfrową dokumentację medyczną osobom spoza własnej praktyki, muszą Państwo skontaktować się z Dianą Robin, aby zawrzeć umowę licencyjną.

## Instrukcja użycia

M-CHAT-R może być przeprowadzony w ramach rutynowych wizyt kontrolnych u lekarza, jak również może być użyty przez innych specjalistów w celu oceny ryzyka zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD). Głównym celem M-CHAT-R jest maksymalizacja czułości narzędzia, tak aby wykryć jak najwięcej przypadków ASD. W związku z tym narzędzie ma wysoki współczynnik fałszywych wyników dodatnich. To oznacza, że nie u wszystkich dzieci, które znalazły się w grupie ryzyka, zostanie zdiagnozowane ASD. Aby rozwiązać ten problem, został opracowany arkusz kontrolny - M-CHAT-R/F. Osoby stosujące to narzędzie powinny mieć świadomość, że nawet przy użyciu M-CHAT-R/F do dalszej oceny, znaczna liczba dzieci, który znalazły się w grupie ryzyka przy użyciu M-CHAT-R nie zostanie zdiagnozowana jako mająca ASD. Jednak te dzieci są w grupie wysokiego ryzyka innych zaburzeń rozwojowych, a więc ocena pozytywna jest uzasadniona dla każdego dziecka. Wyniki M-CHAT-R można obliczyć w mniej niż dwie minuty. Instrukcje obliczenia punktacji, jak również inne dokumenty związane z narzędziem, można pobrać ze strony <http://www.mchatscreen.com>.

## Algorytm obliczenia punktacji

We wszystkich pytaniach, z wyłączeniem nr 2, 5 i 12, odpowiedź “NIE” oznacza ryzyko ASD. W przypadku pytań nr 2, 5, i 12, odpowiedź “TAK” oznacza ryzyko ASD. Poniższy algorytm maksymalizuje właściwości psychometryczne M-CHAT-R:

**NISKIE RYZYKO:** Całkowity wynik to 0-2 punkty. Jeśli dziecko ma mniej niż 24 miesiące, zalecana jest ponowna obserwacja po skończeniu drugiego r.ż. Nie są wymagane dalsze działania monitorujące w kierunku ASD, chyba że dogłębna obserwacja wykaże, że zachodzi ryzyko wystąpienia ASD.

**ŚREDNIE RYZYKO:** Całkowity wynik to 3-7 punktów. Należy kontynuować ocenę z użyciem M-CHAT-R/F, aby uzyskać dodatkowe informacje na temat odpowiedzi, które świadczą o ryzyku wystąpienia ASD. Jeśli wynik arkusza kontrolnego M-CHAT-R/F wyniesie 2 lub więcej punktów oznacza to ocenę pozytywną. Wymagane działania: skierować dziecko na diagnozę i do wczesnej interwencji. Jeśli wynik arkusza kontrolnego wyniesie 0 lub 1 punkt, oznacza to ocenę negatywną. Nie są wymagane dalsze działania monitorujące w kierunku ASD, chyba że dogłębna obserwacja wykaże, że zachodzi ryzyko wystąpienia ASD. Dziecko powinno pozostać pod obserwacją podczas rutynowych wizyt kontrolnych u lekarza.

**WYSOKIE RYZYKO:** Całkowity wynik to 8-20 punktów. Dopuszczalne jest pominięcie dodatkowej obserwacji i skierowanie dziecka do natychmiastowej diagnozy i wczesnej interwencji.

## M-CHAT-R™

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

1. Jeśli wskaże Pan/Pani ręką na jakiś obiekt w pokoju, to czy wtedy Pana/Pani dziecko na niego spojrzy? (np. jeśli wskaże Pan/Pani na zabawkę, albo na zwierzę, to czy Pana/Pani dziecko spogląda na tę zabawkę lub zwierzę?)	Tak	Nie
--	-----	-----

2. Czy kiedykolwiek przyszło Panu/Pani do głowy, że Pana/Pani dziecko może mieć problemy ze słuchem?	Tak	Nie
--	-----	-----

3. Czy Pana/Pani 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 Pana/Pani dziecko lubi się wspinać na przedmioty? (np. na meble, na drabinki na placu zabaw lub na schody?)	Tak	Nie
--	-----	-----

5. Czy Pana/Pani dziecko wykonuje nietypowe ruchy palcami dłoni przy swoich oczach? (np. czy Twoje dziecko trzepocze palcami blisko swoich oczu?)	Tak	Nie
---	-----	-----

6. Czy Pana/Pani 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 Pana/Pani dziecko wskazuje palcem aby pokazać Panu/Pani coś interesującego? (np. czy wskazuje na samolot lecący na niebie lub na przejeżdżającą ciężarówkę?)	Tak	Nie
---	-----	-----

8. Czy Pana/Pani dziecko jest zainteresowane innymi dziećmi? (np. czy Pana/Pani dziecko obserwuje inne dzieci, uśmiecha się do nich lub podchodzi do nich?)	Tak	Nie
---	-----	-----

9. Czy Pana/Pani dziecko przynosi Panu/Pani przedmioty, aby je Panu/Pani pokazać lub podnosi je tak, aby mógł/mogła Pan/Pani zobaczyć – nie po to aby uzyskać pomoc, ale tylko po to, by je pokazać? (np. pokazuje Panu/Pani kwiatek, pluszową zabawkę, lub zabawkową ciężarówkę?)	Tak	Nie
--	-----	-----

10. Czy Pana/Pani dziecko odpowiada Panu/Pani, gdy woła je Pan/ Pani po imieniu? (np. czy dziecko spogląda w Pana/Pani kierunku, mówi lub gaworzy lub przestaje robić to, co właśnie robiło, gdy woła je Pan/Pani po imieniu?)	Tak	Nie
--	-----	-----

11. Gdy uśmiecha się Pan/Pani do swojego dziecka, czy Pana/Pani dziecko również odpowiada Panu/Pani uśmiechem?	Tak	Nie
--	-----	-----

12. Czy Pana/Pani dziecko bywa rozdrażnione z powodu codziennych głośnych dźwięków? (np. czy Pana/Pani dziecko krzyczy lub płacze w reakcji na głośne dźwięki takie jak dźwięk odkurzacza lub głośna muzyka?)	Tak	Nie
---	-----	-----

13. Czy Pana/Pani dziecko chodzi?	Tak	Nie
-----------------------------------	-----	-----

14. Czy Pana/Pani dziecko patrzy Panu/Pani w oczy gdy Pan/Pani do niego mówi, gdy się z nim bawi lub gdy je ubiera?	Tak	Nie
15. Czy Pana/Pani dziecko próbuje naśladować to, co Pan/Pani robi? (np. machanie „papa”, klaskanie lub wydawanie śmiesznych dźwięków)?	Tak	Nie
16. Jeśli Pan/Pani odwróci głowę, by na coś spojrzeć, czy Pana/Pani dziecko również odwraca głowę, by spojrzeć na to samo co Pan/Pani?	Tak	Nie
17. Czy Pana/Pani dziecko próbuje zwrócić na siebie Pana/Pani uwagę, by Pan/Pani na nie patrzył/a? (np. czy Pana/Pani dziecko spogląda na Pana/Panią by zostać pochwalone lub czy mówi „popatrz”, „patrz na mnie”?)	Tak	Nie
18. Czy Pana/Pani dziecko rozumie, gdy mówi mu Pan/Pani aby coś zrobiło? (np. jeśli nie wskazuje Pan/Pani palcem, nie robi gestu rękami, czy wtedy Pana/Pani dziecko rozumie polecenie „połóż książkę na krześle” lub „podaj mi koc”?)	Tak	Nie
19. Gdy dzieje się coś nowego, czy wtedy Pana/Pani dziecko spogląda na Pana/Panią, by sprawdzić, jak Pan/Pani na to reaguje? (np. gdy dziecko usłyszy jakiś nowy lub zabawny dźwięk lub zobaczy nową zabawkę, czy popatrzy wtedy na Pana/Pani twarz?)	Tak	Nie
20. Czy Pana/Pani dziecko lubi zabawy ruchowe? (np. być kołysane, podrzucane u Pana/Pani na kolanach)	Tak	Nie

## Arkusz kontrolny M-CHAT-R (M-CHAT-R/F)<sup>TM</sup>

### Uprawnienia do używania

The Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, & Barton, 2009) jest skonstruowany do stosowania razem z M-CHAT-R. M-CHAT-R/F można pobrać ze strony [www.mchatscreen.com](http://www.mchatscreen.com).

M-CHAT-R/F jest chroniony prawem autorskim i może być użyty przez autorów lub posiadaczy praw autorskich. M-CHAT-R i M-CHAT-R/F może być użyty do celów badawczych, klinicznych i edukacyjnych. Autorzy udostępniają to narzędzie nieodpłatnie dla ww. zastosowań, jednak jest to materiał chroniony prawem autorskim i nie jest udostępniany na licencji typu „open source”.

Każdy zainteresowany użyciem M-CHAT-R/F w sposób komercyjny (w tym w formie elektronicznej) powinien skontaktować się z Dianą L. Robins ([mchatscreen2009@gmail.com](mailto:mchatscreen2009@gmail.com)) i poprosić o pozwolenie.

### Instrukcja użycia

M-CHAT-R/F skonstruowany jest do stosowania razem z M-CHAT-R. M-CHAT-R jest przeznaczony do badań przesiewowych małych dzieci od 16 do 30 miesiąca życia, w celu oceny ryzyka zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD). Osoby stosujące to narzędzie powinny mieć świadomość, że nawet przy użyciu M-CHAT-R/F do kontynuacji oceny, znaczna liczba dzieci, który znalazły się w grupie ryzyka przy użyciu M-CHAT-R nie zostanie zdiagnozowana, jako mająca ASD. Jednak te dzieci są w grupie ryzyka innych zaburzeń rozwojowych, a więc ocena pozytywna jest uzasadniona dla każdego dziecka.

Po tym jak rodzic wypełni M-CHAT-R należy obliczyć punktację zgodnie z instrukcją. Jeśli dziecko zostanie ocenione pozytywnie należy kontynuować ocenę z użyciem M-CHAT-R/F. Należy powtórzyć tylko te pytania, na które w czasie pierwszej obserwacji z użyciem M-CHAT-R, udzielono odpowiedzi „NIE ZALICZA”.

Każda strona w wywiadzie odnosi się do konkretnego pytania z M-CHAT-R. Należy podążać za strzałkami w schemacie blokowym i zadawać kolejne pytania, aż do momentu uzyskania wyniku „ZALICZA” lub „NIE ZALICZA”. Proszę pamiętać, że przy odpowiedzi na pytania rodzice mogą wybrać odpowiedź „być może”. Kiedy rodzic odpowie „być może” należy zapytać, czy częściej odpowiedź brzmi „tak” lub „nie” i kontynuować rozmowę według uzyskanej odpowiedzi. W pytaniach, gdzie jest miejsce, by podać odpowiedź „inne”, osoba przeprowadzająca wywiad musi ocenić, czy jest to odpowiedź wymijająca, czy też nie.

Do obliczenia punktacji służy Arkusz Odpowiedzi M-CHAT-R/F, który zawiera takie same pozycje jak M-CHAT-R, ale odpowiedzi „Tak/Nie” zostały zastąpione przez „Zalicza/Nie zalicza”. Wynik wywiadu jest uznawany za pozytywny jeśli dziecko nie zaliczy dwóch pytań w M-CHAT-R/F. Jeśli dziecko zostanie ocenione pozytywnie z użyciem M-CHAT-R/F, rekomenduje się niezwłoczne skierowanie go na diagnozę i wczesną interwencję. Należy pamiętać, że jeśli pracownik służby zdrowia lub rodzic wyrażają obawy o to, że dziecko może mieć ASD, dziecko powinno zostać skierowane do dalszej oceny, niezależnie od wyniku M-CHAT-R lub M-CHAT-R/F.

## Arkusz kontrolny M-CHAT-R Follow-Up™

**Zwróć uwagę: „Tak/Nie” zastąpiono stwierdzeniami „Zaliczone/Niezaliczone”**

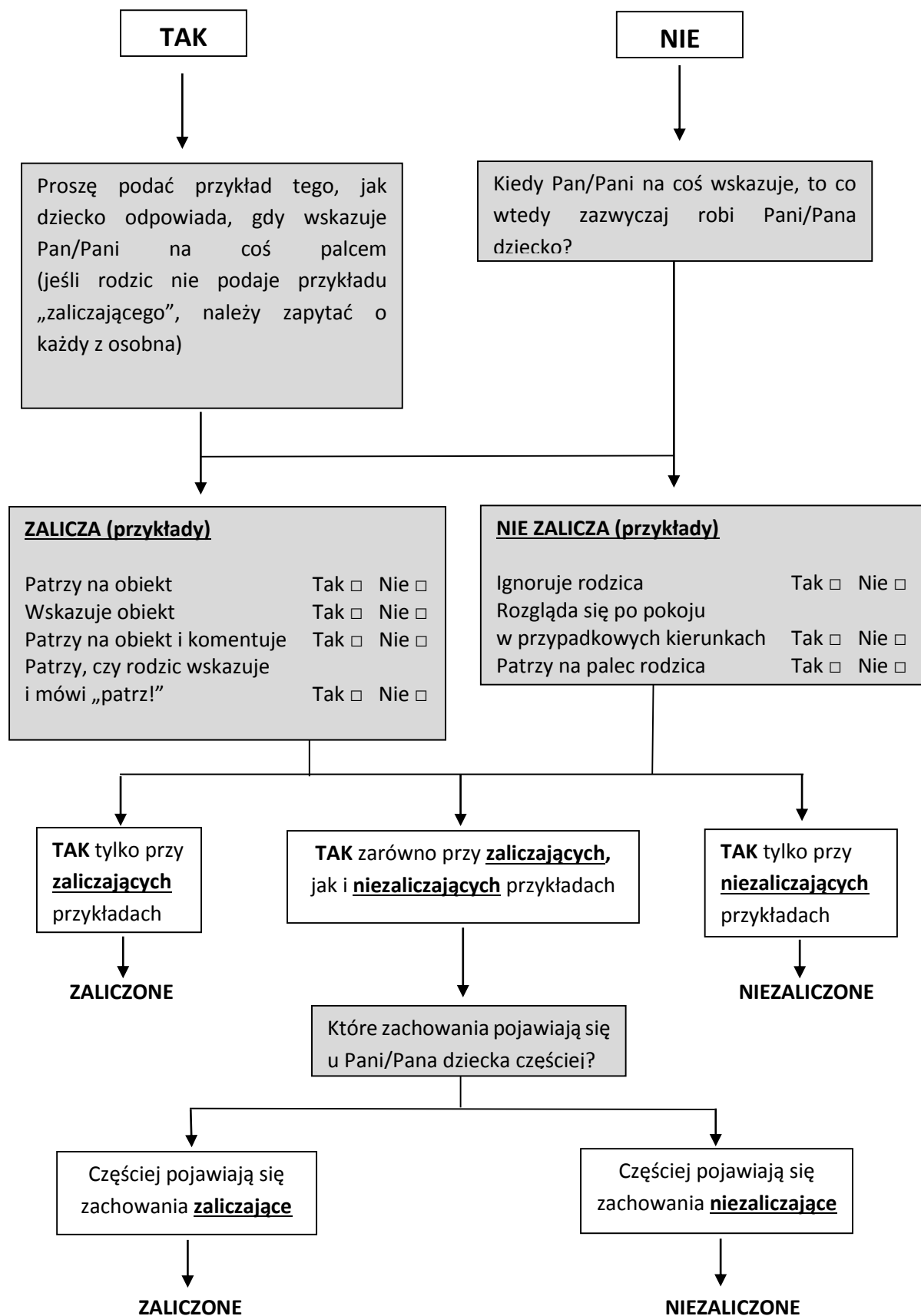
1. Jeśli wskaże Pan/Pani ręką na jakiś obiekt w pokoju, to czy wtedy Pana/Pani dziecko na niego spojrzy? (np. jeśli wskazuje Pan/Pani na zabawkę, albo na zwierzę, to czy Pana/Pani dziecko spogląda na tę zabawkę lub zwierzę?)	Zaliczone	Niezaliczone
2. Czy kiedykolwiek przyszło Panu/Pani do głowy, że Pana/Pani dziecko może mieć problemy ze słuchem?	Zaliczone	Niezaliczone
3. Czy Pana/Pani 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?)	Zaliczone	Niezaliczone
4. Czy Pana/Pani dziecko lubi się wspinać na przedmioty? (np. na meble, na drabinki na placu zabaw lub na schody?)	Zaliczone	Niezaliczone
5. Czy Pana/Pani dziecko wykonuje nietypowe ruchy palcami dłoni przy swoich oczach? (np. czy Twoje dziecko trzepocze palcami blisko swoich oczu?)	Zaliczone	Niezaliczone
6. Czy Pana/Pani dziecko wskazuje palcem aby o coś poprosić lub uzyskać pomoc? (np. czy wskazuje na przekąskę lub zabawkę, która jest poza jego zasięgiem?)	Zaliczone	Niezaliczone
7. Czy Pana/Pani dziecko wskazuje palcem aby pokazać Panu/Pani coś interesującego? (np. czy wskazuje na samolot lecący na niebie lub na przejeżdżającą ciężarówkę?)	Zaliczone	Niezaliczone
8. Czy Pana/Pani dziecko jest zainteresowane innymi dziećmi? (np. czy Pana/Pani dziecko obserwuje inne dzieci, uśmiecha się do nich lub podchodzi do nich?)	Zaliczone	Niezaliczone
9. Czy Pana/Pani dziecko przynosi Panu/Pani przedmioty, aby je Panu/Pani pokazać lub podnosi je tak, aby mógł/mogła Pan/Pani zobaczyć – nie po to aby uzyskać pomoc, ale tylko po to, by je pokazać? (np. pokazuje Panu/Pani kwiatek, pluszową zabawkę, lub zabawkową ciężarówkę?)	Zaliczone	Niezaliczone
10. Czy Pana/Pani dziecko odpowiada Panu/Pani, gdy woła je Pan/Pani po imieniu? (np. czy dziecko spogląda w Pana/Pani kierunku, mówi lub gaworzy lub przestaje robić to, co właśnie robiło, gdy woła je Pan/Pani po imieniu?)	Zaliczone	Niezaliczone
11. Gdy uśmiecha się Pan/Pani do swojego dziecka, czy Pana/Pani dziecko również odpowiada Panu/Pani uśmiechem?	Zaliczone	Niezaliczone
12. Czy Pana/Pani dziecko bywa rozdrażnione z powodu codziennych głośnych dźwięków? (np. czy Pana/Pani dziecko krzyczy lub płacze w reakcji na głośne dźwięki takie jak dźwięk odkurzacza lub głośna muzyka?)	Zaliczone	Niezaliczone
13. Czy Pana/Pani dziecko chodzi?	Zaliczone	Niezaliczone

14. Czy Pana/Pani dziecko patrzy Panu/Pani w oczy gdy Pan/Pani do niego mówi, gdy się z nim bawi lub gdy je ubiera?	Zaliczone	Niezaliczone
15. Czy Pana/Pani dziecko próbuje naśladować to, co Pan/Pani robi? (np. machanie „papa”, klaskanie lub wydawanie śmiesznych dźwięków)	Zaliczone	Niezaliczone
16. Jeśli Pan/Pani odwróci głowę, by na coś spojrzeć, czy Pana/Pani dziecko również odwraca głowę, by spojrzeć na to samo co Pan/Pani?	Zaliczone	Niezaliczone
17. Czy Pana/Pani dziecko próbuje zwrócić na siebie Pana/Pani uwagę, by Pan/Pani na nie patrzył/a? (np. czy Pana/Pani dziecko spogląda na Pana/Panią by zostać pochwalone lub czy mówi „popatrz”, „patrz na mnie”?)	Zaliczone	Niezaliczone
18. Czy Pana/Pani dziecko rozumie, gdy mówi mu Pan/Pani aby coś zrobiło? (np. jeśli nie wskazuje Pan/Pani palcem, nie robi gestu rękami, czy wtedy Pana/Pani dziecko rozumie polecenie „połóż książkę na krześle” lub „podaj mi koc”?)	Zaliczone	Niezaliczone
19. Gdy dzieje się coś nowego, czy wtedy Pana/Pani dziecko spogląda na Pana/Panią, by sprawdzić, jak Pan/Pani na to reaguje? (np. gdy dziecko usłyszy jakiś nowy lub zabawny dźwięk lub zobaczy nową zabawkę, czy popatrzy wtedy na Pana/Pani twarz?)	Zaliczone	Niezaliczone
20. Czy Pana/Pani dziecko lubi zabawy ruchowe? (np. być kołysane, podrzucane u Pana/Pani na kolanach)	Zaliczone	Niezaliczone

Ogólny wynik: \_\_\_\_\_



1. Jeśli wskaże Pan/Pani ręką na jakiś obiekt w pokoju, to czy wtedy \_\_\_\_\_ na niego spojrzeć?



2. Powiedział/a Pan/Pani, że zastanawiał/a się kiedyś, czy Pana/Pani dziecko nie ma problemów ze słuchem. Co skłoniło Pana/Panią do takich przypuszczeń?

<p>Czy dziecko...</p> <p>często ignoruje dźwięki?      Tak <input type="checkbox"/>    Nie <input type="checkbox"/></p> <p>często ignoruje ludzi?      Tak <input type="checkbox"/>    Nie <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>NIE</b> przy obu</p>	<p><b>TAK</b> przy którymkolwiek</p>
<p><b>ZALICZONE</b></p>	<p><b>NIEZALICZONE</b></p>
<p><b>ZAPYTAJ RÓWNIEŻ ODNOŚNIE KAŻDEGO DZIECKA:</b></p> <p>Czy wykonano u Pani/Pana dziecka badanie słuchu?</p>	
<p><b>Tak</b></p>	<p><b>Nie</b></p>
<p>Jakie były wyniki badania? <i>(proszę wybrać jedno)</i></p> <p>Prawidłowy słuch <input type="checkbox"/></p> <p>Wynik poniżej normy <input type="checkbox"/></p> <p>Wynik trudny do oceny lub niepewny <input type="checkbox"/></p>	

3. Czy \_\_\_\_\_ bawi się w udawanie lub w zabawy na niby?

Tak

Nie

Proszę podać przykład jego/jej zabawy na niby (jeśli rodzic nie podaje przykładu „zaliczającego”, należy zapytać o każdy z osobna)

**Czy dziecko zazwyczaj...**

Udaje, że pije z zabawkowego kubka? Tak ☐ Nie ☐

Udaje, że je zabawkową łyżeczką lub widelcem? Tak ☐ Nie ☐

Udaje, że rozmawia przez telefon? Tak ☐ Nie ☐

Udaje, że karmi lalkę lub pluszaka prawdziwym, albo wymyślonym jedzeniem? Tak ☐ Nie ☐

Jeździ samochodzikiem po wymyślonej drodze? Tak ☐ Nie ☐

Udaje, że jest robotem, samolotem, baletnicą lub innym ulubionym bohaterem? Tak ☐ Nie ☐

Umieszcza zabawkowy garnek na udawanej kuchence? Tak ☐ Nie ☐

Miesza w garnuszku wymyślone jedzenie? Tak ☐ Nie ☐

Wkłada do samochodzika lub ciężarówki ludzika lub inną postać, jak gdyby miała ona być kierowcą lub pasażerem? Tak ☐ Nie ☐

Udaje, że odkurza dywan, zmiata podłogę lub kosi trawnik? Tak ☐ Nie ☐

Inne (proszę opisać) Tak ☐ Nie ☐

.....  
.....

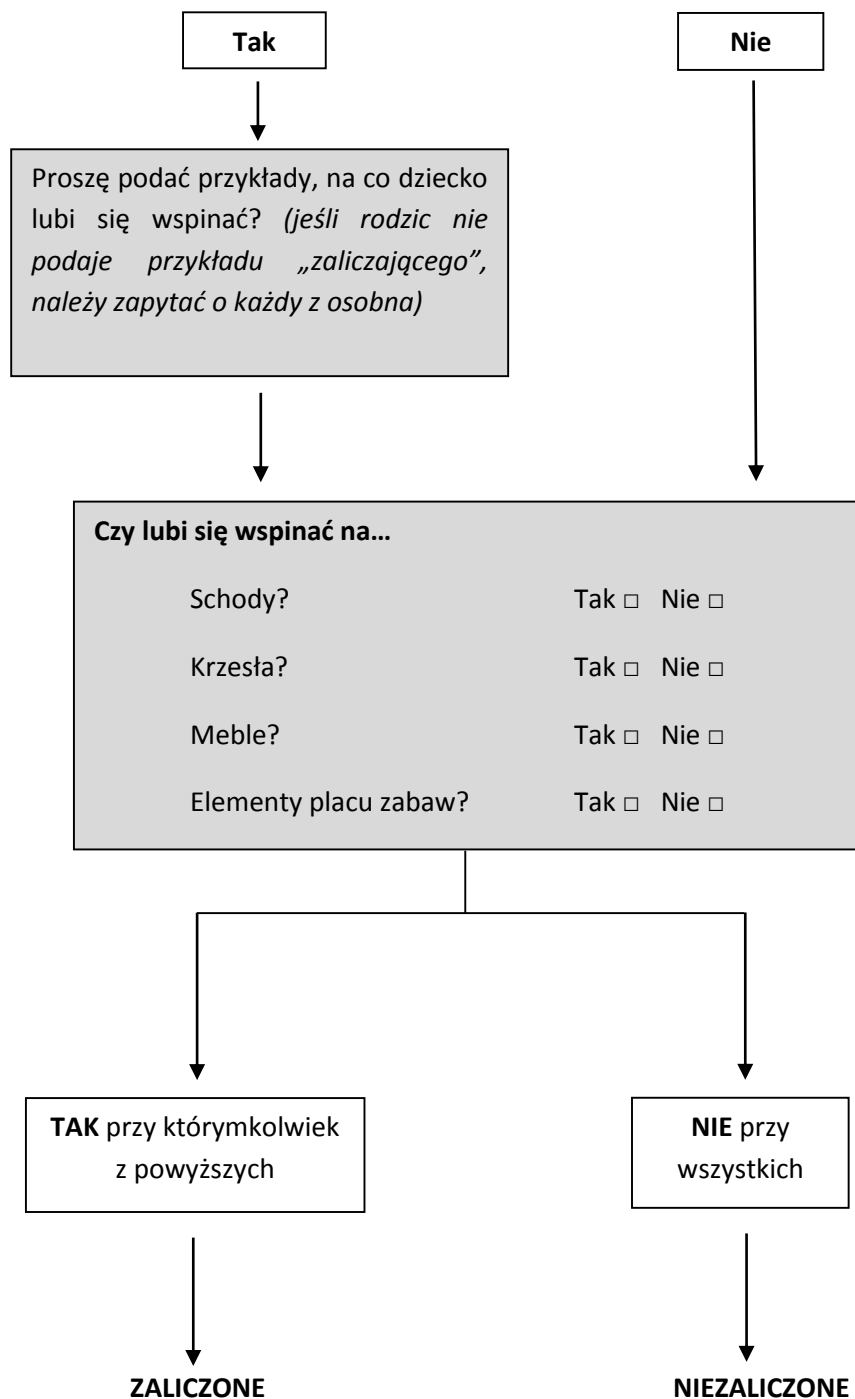
**TAK** przy którymkolwiek

**NIE** przy wszystkich

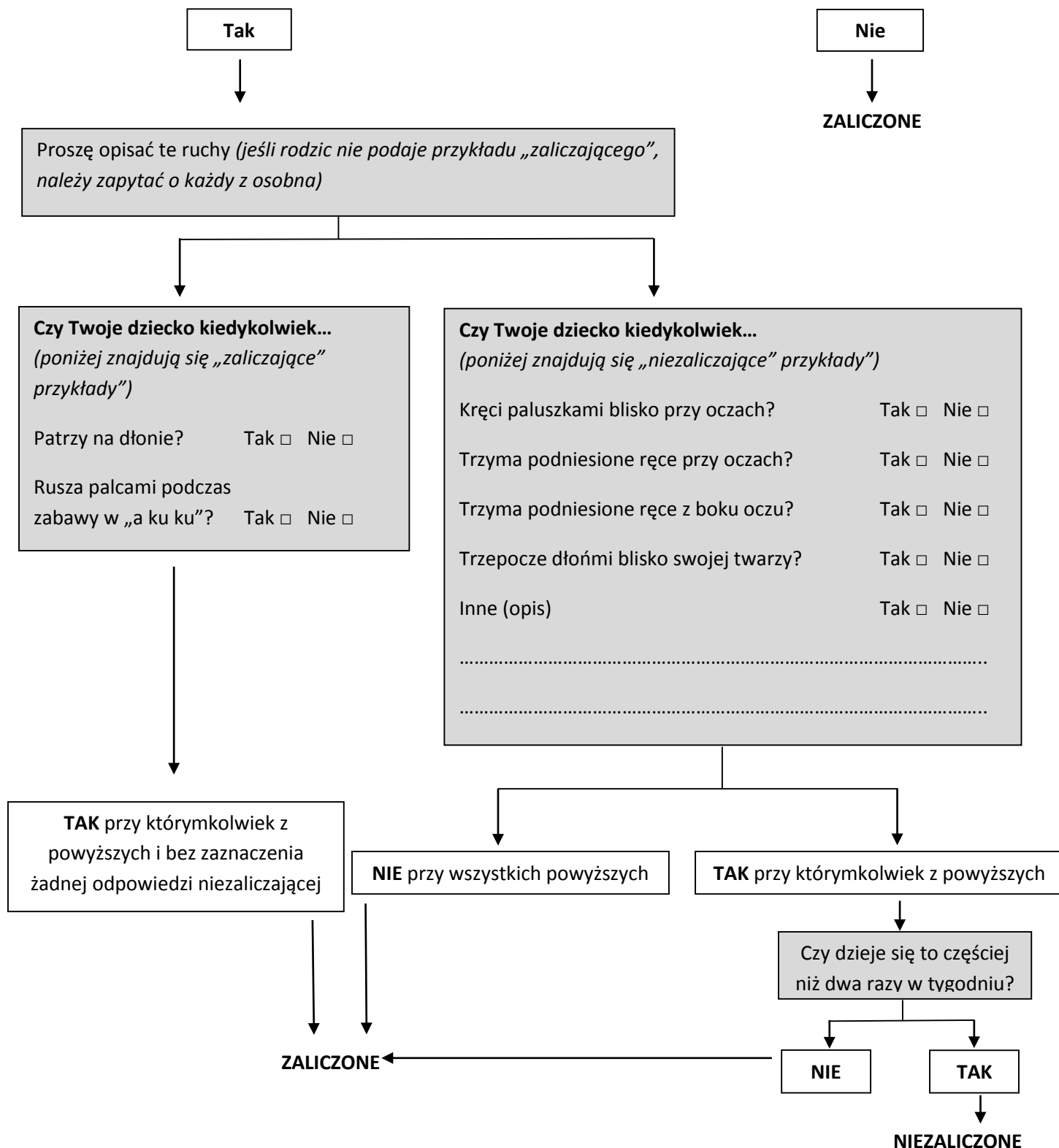
**ZALICZONE**

**NIEZALICZONE**

4. Czy \_\_\_\_\_ lubi się wspinać na przedmioty?



5. Czy \_\_\_\_\_ wykonuje nietypowe ruchy palcami dłoni blisko twarzy, przy swoich oczach?



6. Czy \_\_\_\_\_ wskazuje palcem aby o coś poprosić lub uzyskać pomoc?

**TAK**



**ZALICZONE**

**NIE**



Gdy Twoje dziecko chce dostać coś, co jest poza zasięgiem jego rąk, np. przekąskę lub zabawkę, co wtedy robi? (jeśli rodzic nie podaje przykładu „zaliczającego”, należy zapytać o każdy z osobna)



**Czy dziecko...**

Sięga po przedmiot całą dłonią?

Tak ☐ Nie ☐

Prowadzi Cię do tego przedmiotu?

Tak ☐ Nie ☐

Próbuje samo dostać się do tego przedmiotu?

Tak ☐ Nie ☐

Prosi o przedmiot słowami lub dźwiękami?

Tak ☐ Nie ☐



**TAK przy którymkolwiek z powyższych**



Jeśli powie Pan/Pani „pokaż mi”, to czy wtedy dziecko wskaże na przedmiot?



**TAK**



**ZALICZONE**



**NIE**



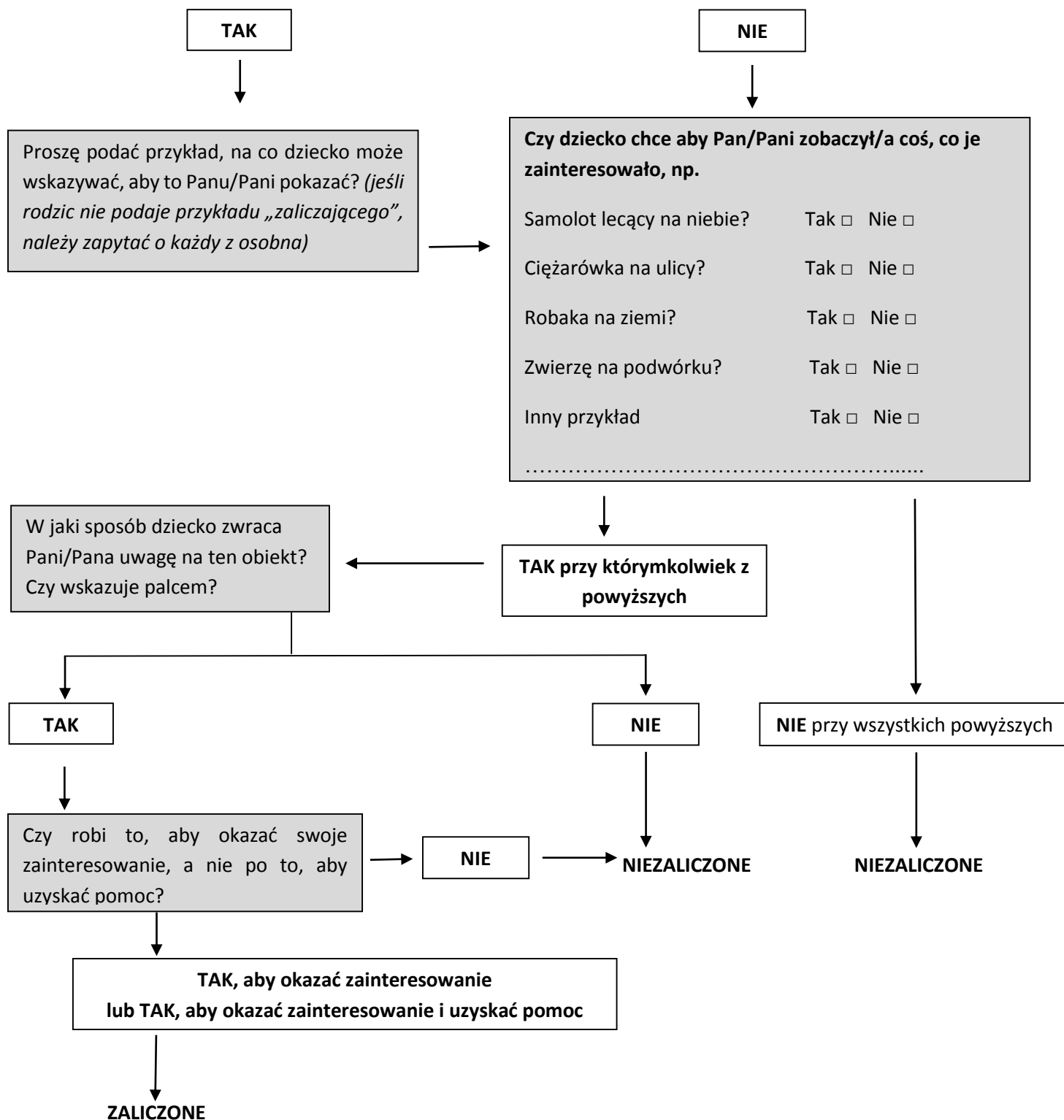
**NIE przy wszystkich powyższych**



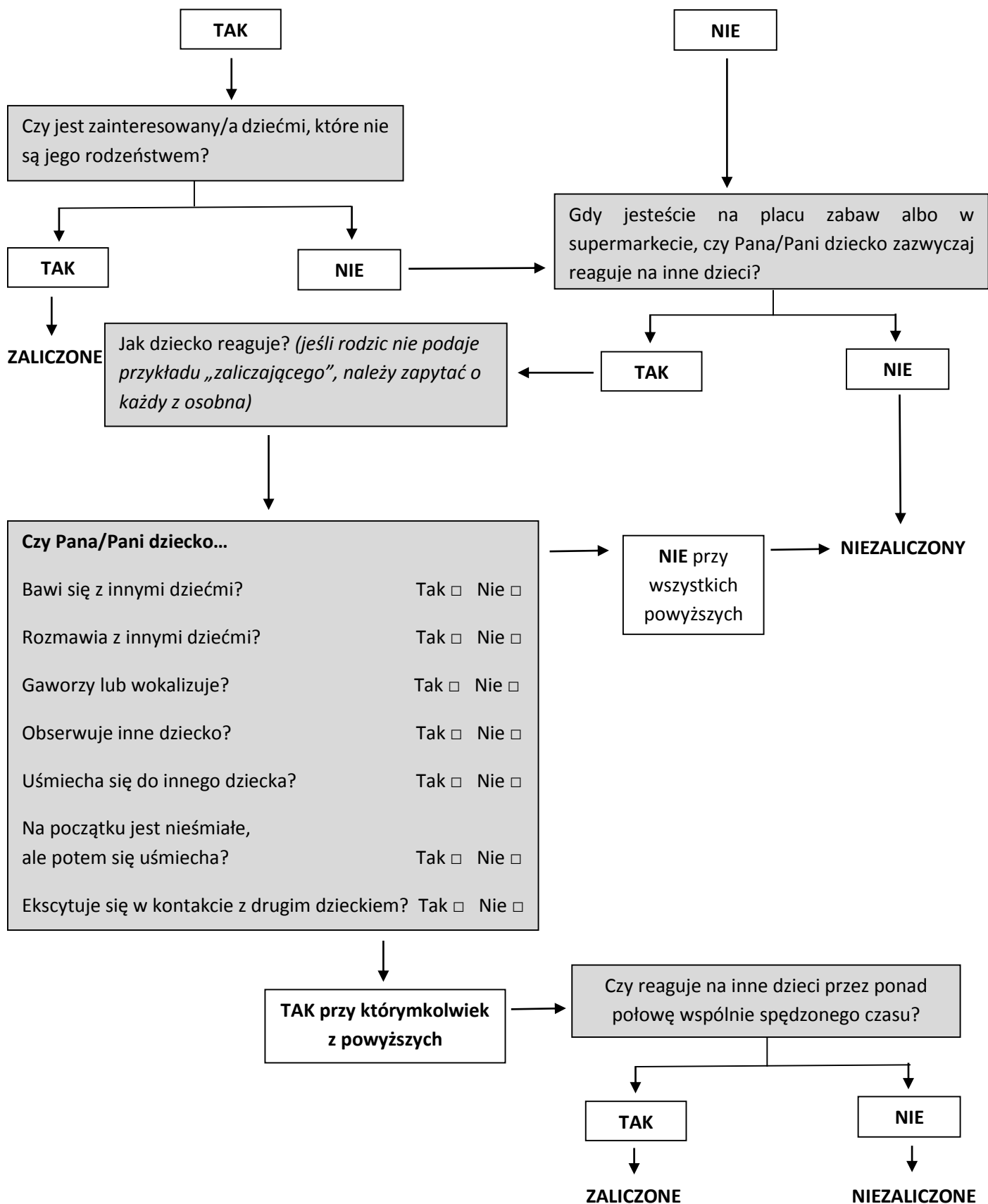
**NIEZALICZONE**

**7. Jeśli przeprowadzający wywiad właśnie zapytał o pytanie 6., zacznij od tego: Właśnie rozmawialiśmy o wskazywaniu przedmiotów, aby o nie poprosić.**

**PYTANIE DO WSZYSTKICH:** Czy \_\_\_\_\_ wskazuje palcem tylko po to, aby pokazać Panu/Pani coś interesującego?



8. Czy \_\_\_\_\_ jest zainteresowany/a innymi dziećmi?

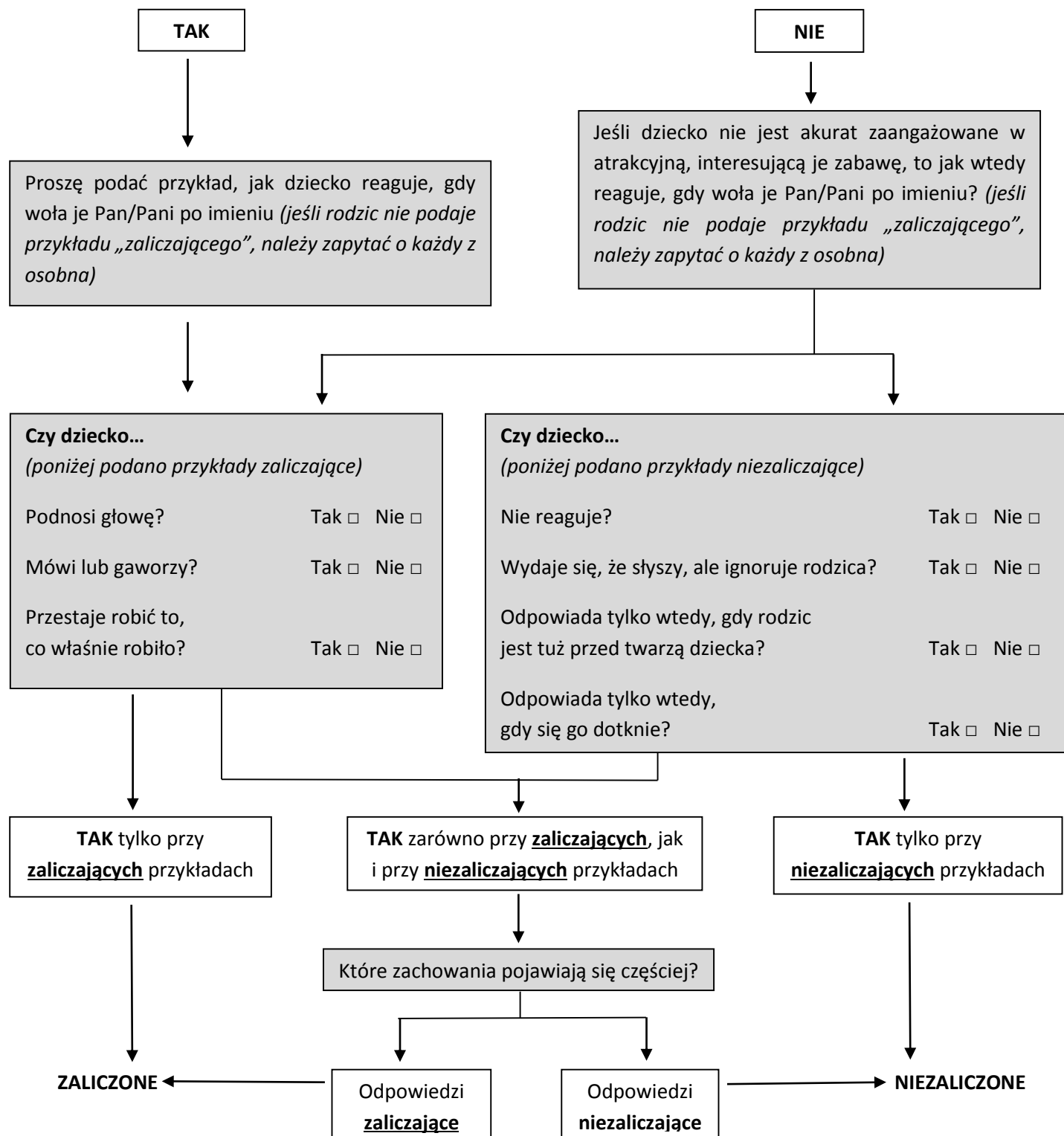




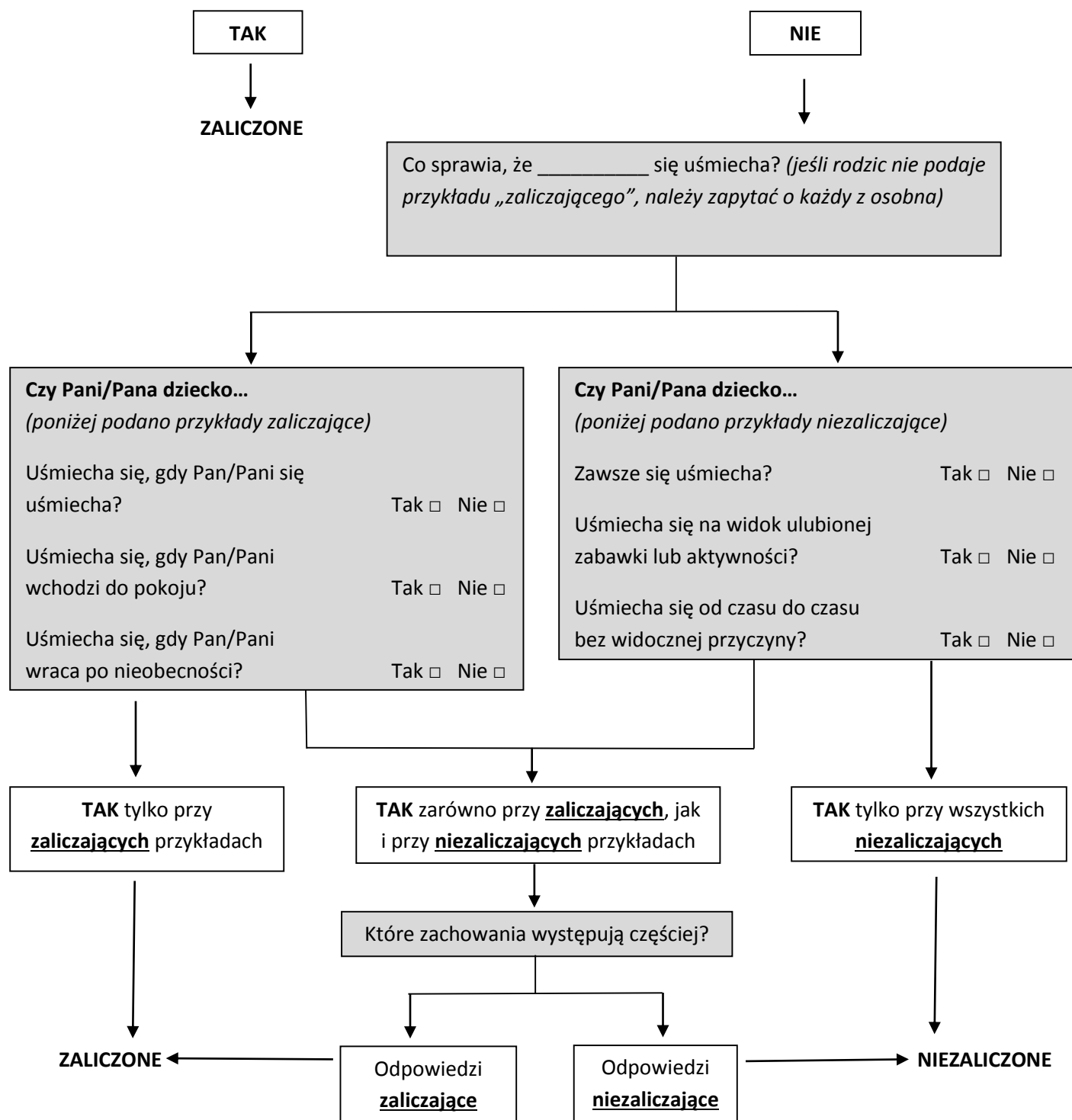
9. Czy \_\_\_\_\_ przynosi Panu/Pani przedmioty po to, aby je Panu/Pani pokazać lub czy podnosi je tak, aby Pan/Pani mógł/mogła je zobaczyć? Nie po to, aby uzyskać pomoc, tylko aby Pana/Panią nimi zainteresować?

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">TAK</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">NIE</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓</div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 100px;">                 Proszę podać przykład, co dziecko przynosi Panu/Pani żeby pokazać lub podnosi tak, aby Pan/Pani mógł/mogła to zobaczyć? <i>(jeśli rodzic nie podaje przykładu „zaliczającego”, należy zapytać o każdy z osobna)</i> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 150px; background-color: #f0f0f0;"> <p><b>Czy dziecko czasami przynosi Panu/Pani...</b></p> <p>Obrazek lub zabawkę po to, aby je Panu/Pani pokazać? <span style="float: right;">Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></span></p> <p>Rysunek, który zrobiło? <span style="float: right;">Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></span></p> <p>Kwiatek, który zerwało? <span style="float: right;">Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></span></p> <p>Robaka, którego znalazło w trawie? <span style="float: right;">Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></span></p> <p>Kilka klocków, które samo połączyło? <span style="float: right;">Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></span></p> <p>Inne (proszę opisać) <span style="float: right;">Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></span></p> <p>.....</p> <p>.....</p> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="text-align: center;">↓</div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">TAK przy którymkolwiek z powyższych</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">NIE przy wszystkich powyższych</div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="text-align: center;">↓</div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Czy robi tak czasami tylko po to, żeby pokazać, a nie uzyskać pomoc?</div> <div></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="text-align: center;">↓</div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">TAK</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">NIE</div> <div></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">↓</div> <div></div> <div></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>ZALICZONE</div> <div></div> <div>NIEZALICZONE</div> </div>

## 10. Czy \_\_\_\_\_ reaguje, gdy woła go/ją Pan/Pani po imieniu?



11. Gdy uśmiechasz się do \_\_\_\_\_, czy on/ona również odpowiada uśmiechem?



12. Czy \_\_\_\_\_ bywa rozdrażniony/a z powodu codziennych głośnych dźwięków?

TAK

*Czy Pani/Pana dziecko reaguje negatywnie na dźwięk...*

Pralki? Tak ☐ Nie ☐

Płaczu dziecka? Tak ☐ Nie ☐

Odkurzacza? Tak ☐ Nie ☐

Suszarki do włosów? Tak ☐ Nie ☐

Ruchu ulicznego? Tak ☐ Nie ☐

Piszczących lub wrzeszczących dzieci? Tak ☐ Nie ☐

Głośnej muzyki? Tak ☐ Nie ☐

Telefonu lub dzwonka do drzwi? Tak ☐ Nie ☐

Głośnych miejsc takich jak supermarket lub restauracja? Tak ☐ Nie ☐

Inne (proszę opisać): Tak ☐ Nie ☐

.....

.....

NIE

TAK maksymalnie przy jednym

TAK przy dwóch lub więcej

*W jaki sposób Pani/Pana dziecko reaguje na te dźwięki? (jeśli rodzic nie podaje przykładu „zaliczającego”, należy zapytać o każdy z osobna)*

**Czy Pani/Pana dziecko...**  
*(poniżej podano przykłady zaliczające)*

Spokojnie zakrywa uszy dłońmi? Tak ☐ Nie ☐

Mówi, że nie podoba mu się ten dźwięk? Tak ☐ Nie ☐

**Czy Pani/Pana dziecko...**  
*(poniżej podano przykłady niezaliczające)*

Krzyczy? Tak ☐ Nie ☐

Płacze? Tak ☐ Nie ☐

Zatyka uszy kiedy jest rozdrażnione? Tak ☐ Nie ☐

TAK tylko przy zaliczających przykładach

TAK zarówno przy zaliczających, jak i przy niezaliczających

Które zachowania występują częściej?

Odpowiedzi zaliczające

Odpowiedzi niezaliczające

TAK przy wszystkich niezaliczających

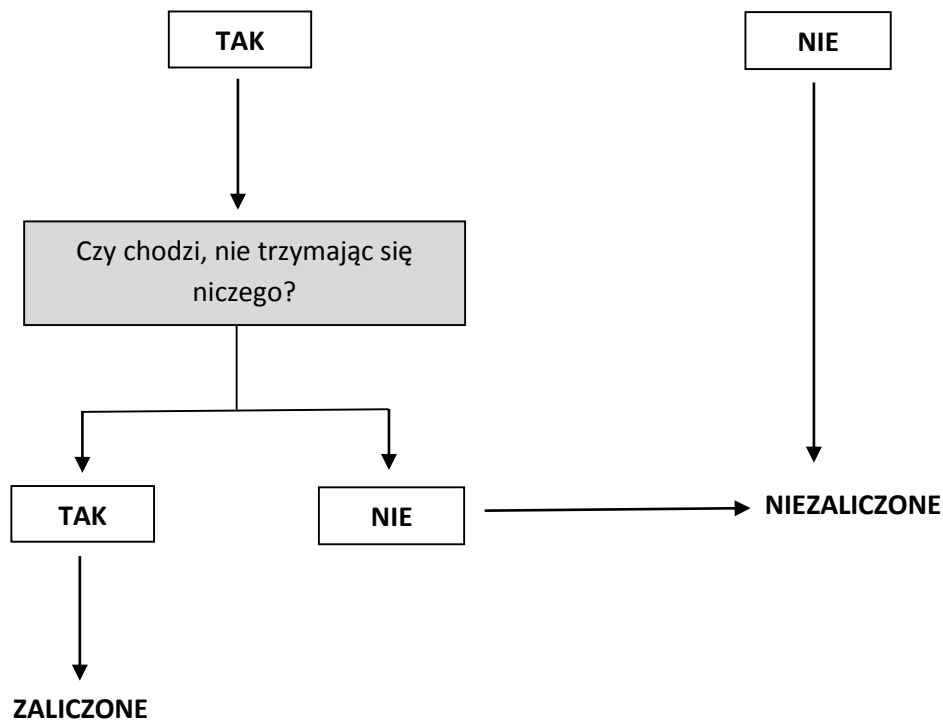
ZALICZONE

Odpowiedzi zaliczające

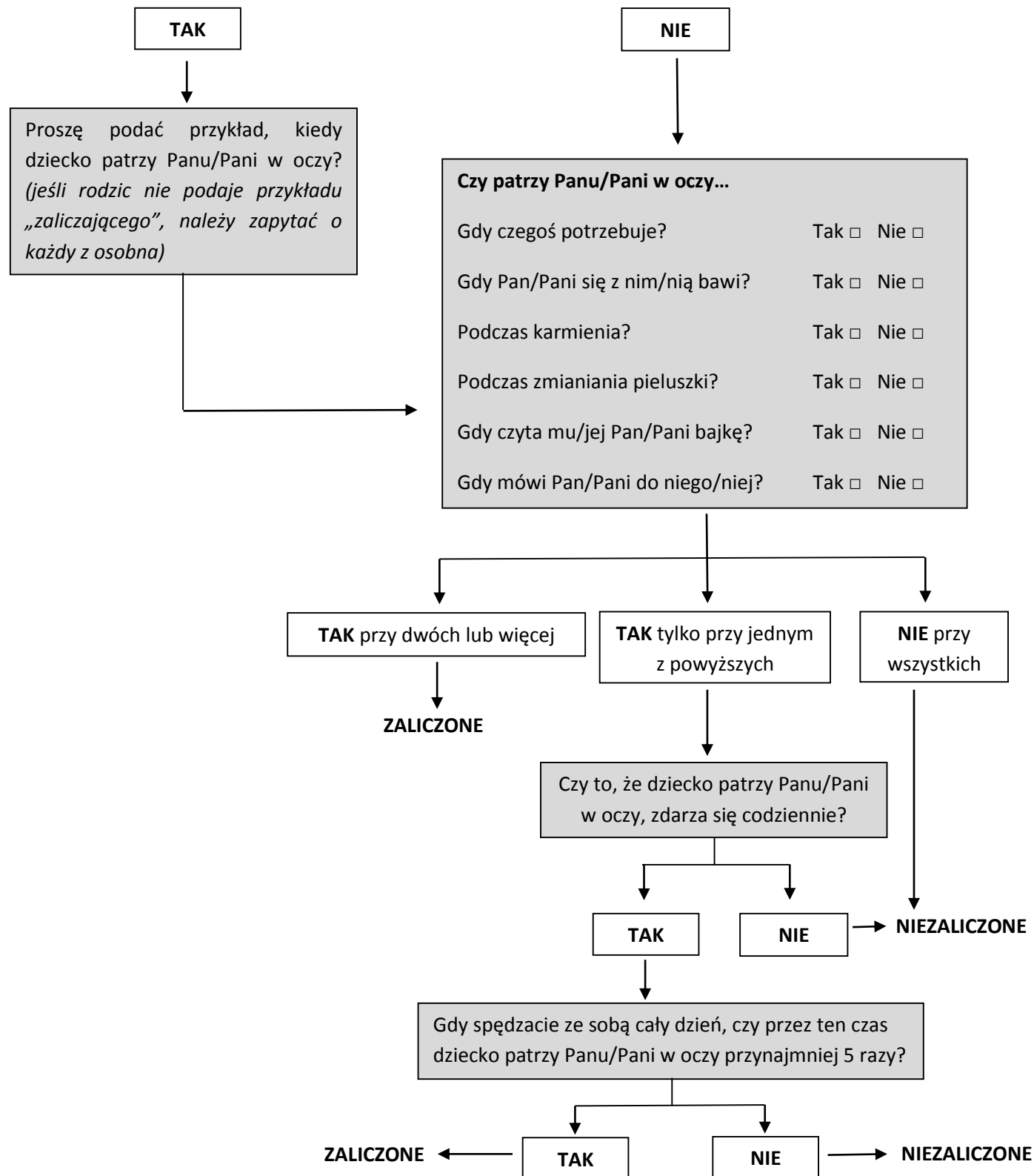
Odpowiedzi niezaliczające

NIEZALICZONE

13. Czy \_\_\_\_\_ chodzi?



14. Czy \_\_\_\_\_ patrzy Panu/Pani w oczy, gdy Pan/Pani do niego/niej mówi, bawi się z nim/nią lub jego/ ją przebiera?



15. Czy \_\_\_\_\_ próbuje naśladować to, co Pan/Pani robi?

TAK

NIE

Proszę podać przykład, co dziecko próbuje naśladować? (jeśli rodzic nie podaje przykładu „zaliczającego”, należy zapytać o każdy z osobna)

**Czy dziecko próbuje Pana/ Panią naśladować, gdy Pan/Pani...**

Wystawia język?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Wydaje zabawny dźwięk?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Macha na „do widzenia”?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Klaszcze w dłonie?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Przykłada palec do ust w geście „ciiii”?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Przesyła całusa?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Inne (proszę opisać):	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
.....	
.....	

**TAK przy dwóch lub więcej**

↓

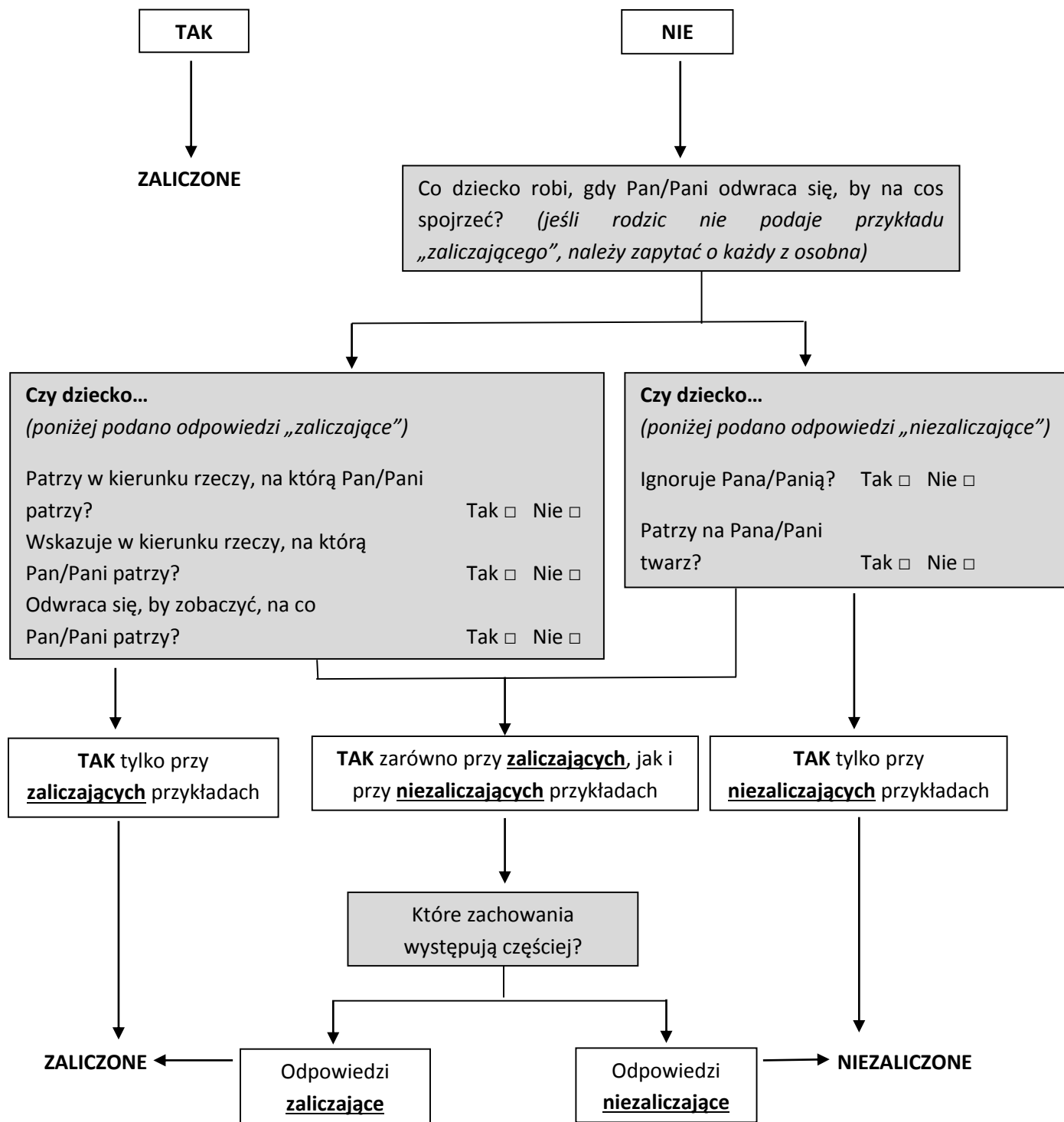
**ZALICZONE**

**TAK przy jednym lub przy żadnym**

↓

**NIEZALICZONE**

16. Jeśli przekręca Pan/Pani głowę, by na coś spojrzeć, czy \_\_\_\_\_ również się odwraca, by sprawdzić, na co Pan/Pani patrzy?

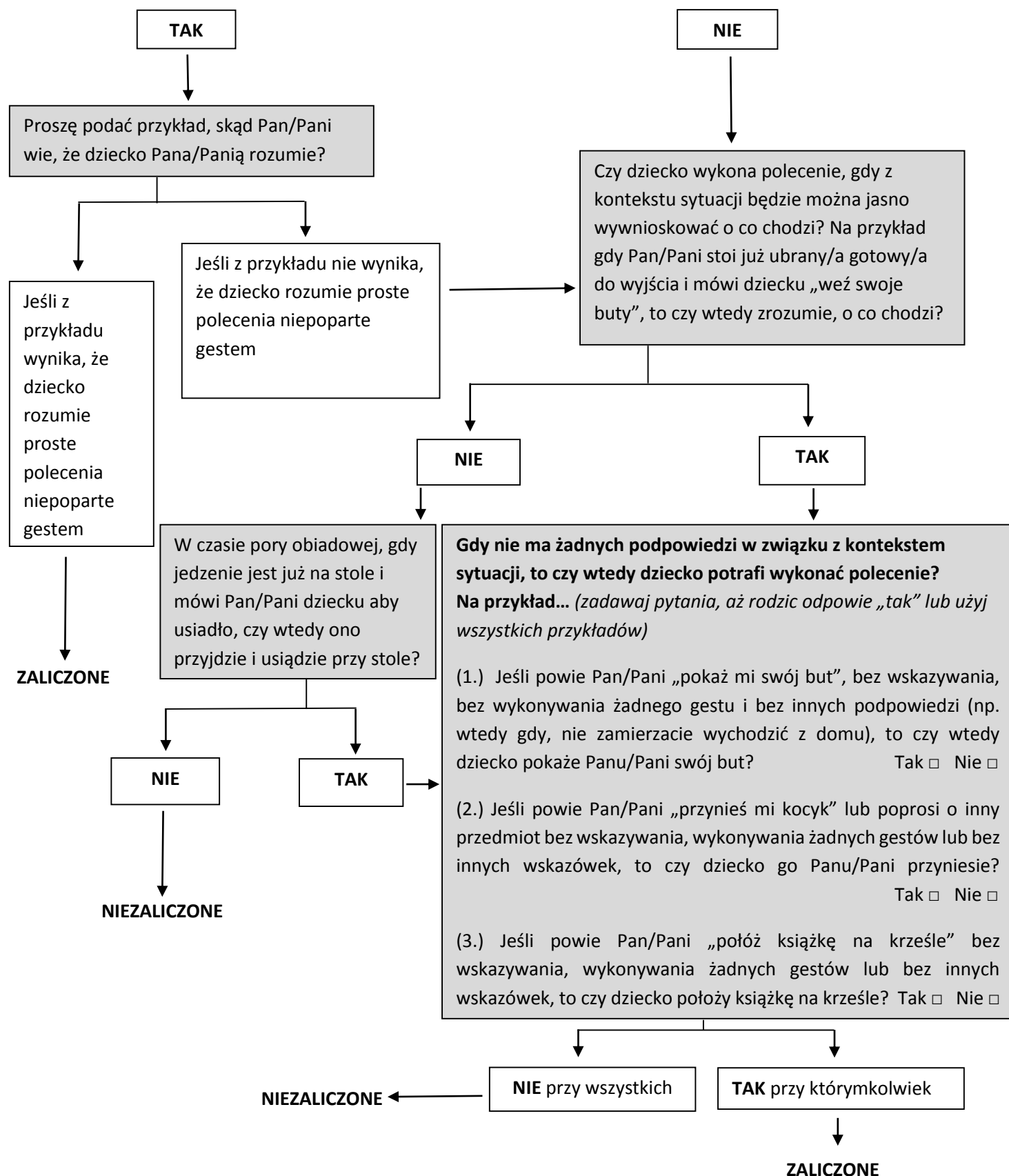




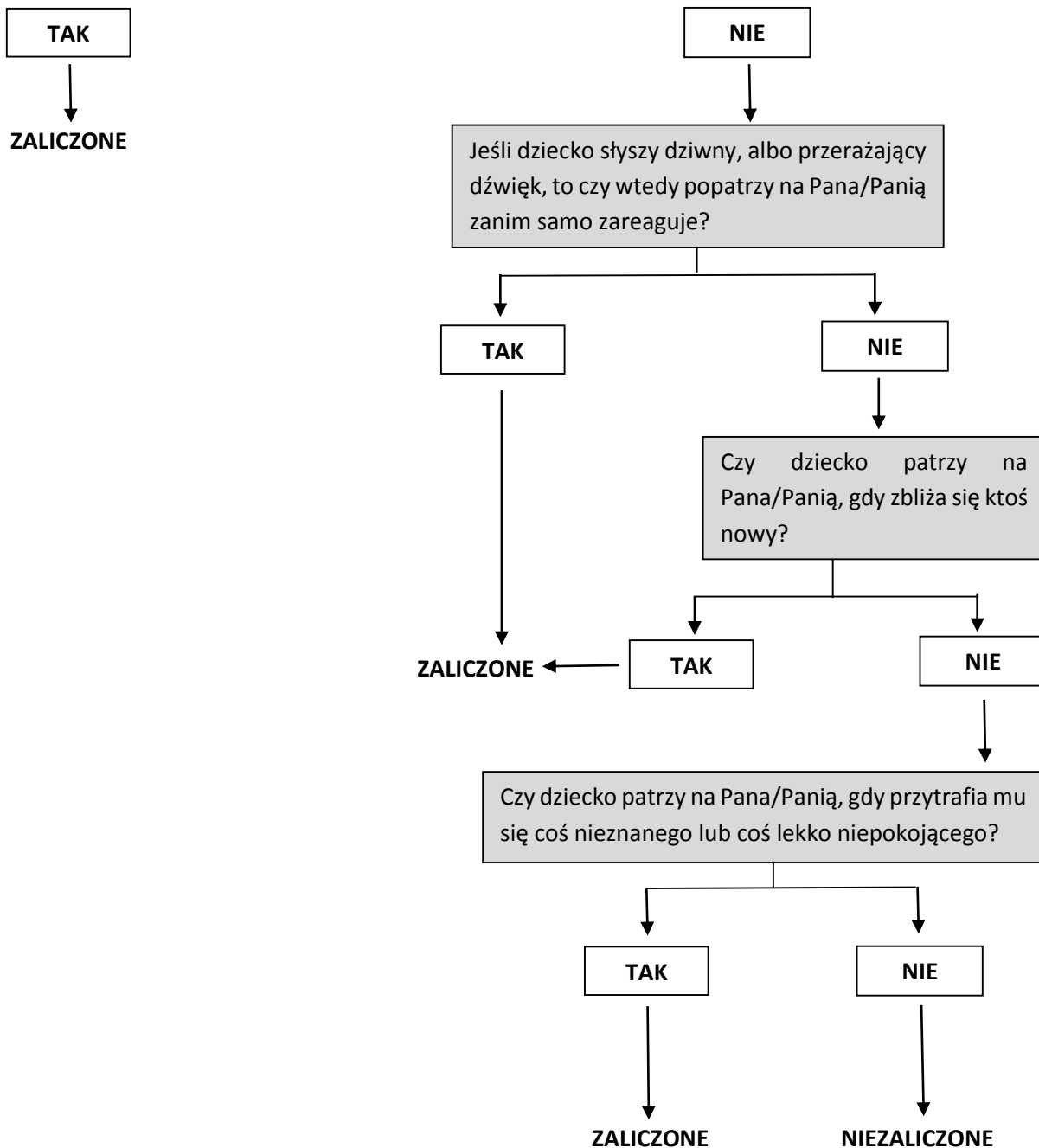
17. Czy \_\_\_\_\_ próbuje sprawić, aby Pan/Pani na niego/nią patrzył/a?

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">TAK</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>Proszę podać przykład, w jaki sposób dziecko próbuje sprawić aby Pan/Pani popatrzył/a na niego/nią? <i>(jeśli rodzic nie podaje przykładu „zaliczającego”, należy zapytać o każdy z osobna)</i></p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">NIE</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓</div>														
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #f0f0f0; width: 100%;"> <p><b>Czy dziecko...</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Mówi „Zobacz!” albo „Patrz na mnie!”?</td> <td style="text-align: right;">Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gaworzy lub wydaje dźwięk, aby sprawić, że Pan/Pani będzie patrzeć na to, co on/a robi?</td> <td style="text-align: right;">Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Patrzy na Pana/Panią, by dostać nagrodę lub usłyszeć komentarz?</td> <td style="text-align: right;">Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Przygląda się czy Pan/Pani patrzy?</td> <td style="text-align: right;">Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Inne (proszę opisać):</td> <td style="text-align: right;">Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;">TAK przy którymkolwiek</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓</div> <p><b>ZALICZONE</b></p> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;">NIE przy każdym</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓</div> <p><b>NIEZALICZONE</b></p> </div> </div>		Mówi „Zobacz!” albo „Patrz na mnie!”?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Gaworzy lub wydaje dźwięk, aby sprawić, że Pan/Pani będzie patrzeć na to, co on/a robi?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Patrzy na Pana/Panią, by dostać nagrodę lub usłyszeć komentarz?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Przygląda się czy Pan/Pani patrzy?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Inne (proszę opisać):	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	.....		.....	
Mówi „Zobacz!” albo „Patrz na mnie!”?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>														
Gaworzy lub wydaje dźwięk, aby sprawić, że Pan/Pani będzie patrzeć na to, co on/a robi?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>														
Patrzy na Pana/Panią, by dostać nagrodę lub usłyszeć komentarz?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>														
Przygląda się czy Pan/Pani patrzy?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>														
Inne (proszę opisać):	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>														
.....															
.....															

## 18. Czy \_\_\_\_\_ rozumie, gdy mówi mu/jej Pan/Pani, by coś zrobił/a?



19. Jeśli dzieje się coś nowego, to czy \_\_\_\_\_ patrzy na Pana/Pani twarz, aby sprawdzić jak Pan/Pani na to reaguje?



20. Czy \_\_\_\_\_ lubi aktywności ruchowe?

