

M-CHAT

Фамилия, имя ребенка: _____

Дата рождения ребенка: ____ / ____ / ____ (день / месяц / год, например: - 18/05/09)

Дата заполнения листа: ____ / ____ / ____

Кто заполняет тест:

<input type="radio"/> - мать	<input type="radio"/> - отец	<input type="radio"/> - бабушка
<input type="radio"/> - другой член семьи		<input type="radio"/> - няня, воспитатель и др.

М-ЧНАТ

Пожалуйста, заполните анкету об обычном поведении Вашего ребенка. Попробуйте ответить на каждый вопрос. Если какое-то поведение встречается редко (вы наблюдали его только один - два раза), то правильно ответить отрицательно, т.е. что такое поведение не наблюдается.

		ДА	НЕТ
1	Нравится ли Вашему ребенку играть в игры, когда его раскачивают на колене?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2	Проявляет ли Ваш ребенок интерес к другим детям?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3	Любит ли Ваш ребенок лазить, карабкаться, забираться на предметы и вверх по лестнице?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4	Любит ли Ваш ребенок играть в прятки?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5	Нравится ли Вашему ребенку играть «понарошку», например, как будто он говорит по телефону, заботится о кукле или повторяет какое-то другое поведение?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6	Использует ли Ваш ребенок указательный палец, чтобы указать или попросить что-либо?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7	Использует ли Ваш ребенок указательный палец, чтобы указать или проявить интерес к чему-либо?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8	Играет ли Ваш ребенок с маленькими игрушками (например, машинкой или кубиками) по назначению, или только кусает, бросает и крутит их?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9	Приносит ли иногда Ваш ребенок что-нибудь показать Вам (родителю)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10	Смотрит ли Ваш ребенок Вам в глаза в течение более чем одной - двух секунд?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
11	Кажется ли Вам, что Ваш ребенок чрезмерно чувствителен к шуму? (например, затыкает уши?)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12	Отвечает ли Ваш ребенок улыбкой, когда видит Ваше лицо или в ответ на Вашу улыбку?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
13	Подражает ли Ваш ребенок Вам? (например, если вы сгримасничаете, будет ли Ваш ребенок имитировать Ваше лицо?)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14	Отзывается ли Ваш ребенок на имя, когда вы зовете его/ее?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15	Если Вы указываете на игрушку, находящуюся на другой стороне комнаты, посмотрит ли Ваш ребенок на нее?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
16	Умеет ли Ваш ребенок ходить?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
17	Смотрит ли Ваш ребенок на вещи, если Вы сами смотрите на них?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
18	Любит ли Ваш ребенок производить необычные движения пальцами близко к его/ее лицу?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
19	Пытается ли Ваш ребенок привлечь Ваше внимание к тому, чем он/она занимается?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
20	Казалось ли Вам когда-нибудь, что Ваш ребенок глухой?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
21	Понимает ли Ваш ребенок, о чем говорят окружающие?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
22	Смотрит ли иногда Ваш ребенок в никуда, бродит ли без цели?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
23	Проверяет ли Ваш ребенок реакцию на Вашем лице, если сталкивается с чем-то незнакомым?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>