

ТЕСТ
на наличие аутизма у детей раннего возраста

Дата проведения тестирования:			
Фамилия, имя ребенка:			
Возраст ребенка		Число, месяц, год рождения ребенка:	
1	Нравится ли Вашему ребенку, когда его подбрасывают, качают на коленях и другие подобные игры?	Да	Нет
2	Проявляет ли Ваш ребенок интерес к другим детям?*	Да	Нет
3	Нравится ли Вашему ребенку взбираться по предметам таким, как лестница?	Да	Нет
4	Нравится ли Вашему ребенку игра в прятки/«ку-ку»?	Да	Нет
5	Играет ли Ваш ребенок в игры «понарошку», например, говорит по телефону или заботится о кукле, или что-то другое?	Да	Нет
6	Показывает ли Ваш ребенок указательным пальцем на что-либо, чтобы попросить об этом?	Да	Нет
7	Показывает ли Ваш ребенок указательным пальцем на что-либо, чтобы обозначить свой интерес?*	Да	Нет
8	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
9	Приносит ли Ваш ребенок предметы Вам (родителям), чтобы показать?*	Да	Нет
10	Смотрит ли Ваш ребенок Вам в глаза в течение более чем 1-2 секунд?	Да	Нет
11	Проявлял ли Ваш ребенок когда-либо сверхчувствительность к шуму (например, закрывая уши)?**	Да	Нет
12	Ваш ребенок улыбается, если видит Ваше лицо, Вашу улыбку?	Да	Нет
13	Ваш ребенок подражает Вам (например, если Вы скорчили рожицу)?*	Да	Нет
14	Ваш ребенок откликается, когда Вы зовете его по имени?*	Да	Нет
15	Если Вы через всю комнату показываете на игрушку. Ваш ребенок смотрит на нее?*	Да	Нет
16	Ваш ребенок ходит?	Да	Нет
17	Ваш ребенок смотрит на то, на что смотрите Вы?	Да	Нет
18	Совершает ли Ваш ребенок необычные движения руками перед лицом?***	Да	Нет
19	Пытается ли Ваш ребенок привлечь Ваше внимание к тому, чем он занимается?	Да	Нет
20	Казалось ли Вам когда-либо, что Ваш ребенок не слышит (глухой)?***	Да	Нет
21	Понимает ли Ваш ребенок речь других людей?	Да	Нет
22	Бывает ли так, что Ваш ребенок пристально смотрит в пустоту или бесцельно ходит, бегае?***	Да	Нет
23	Если происходит что-то незнакомое, смотрит ли ребенок Вам в лицо в поисках Вашей реакции?	Да	Нет
<p>* Критические вопросы, ** Ответы «Нет» на все вопросы, за исключением 11, 18, 20, 22 являются несовпадающими. Тест считается не пройденным при двух или более несовпадающих ответах на критические вопросы или трех несовпадающих ответах на любые вопросы. Детям, которые не прошли тест, требуется проведение диагностики врачом-специалистом.</p>			

Результат: пройден / не пройден (нужное подчеркнуть).

Медицинский работник, проводивший тестирование:

_____ (подпись)

_____ (ФИО)

_____ (должность)

Рекомендации:

- проведено консультирование по медицинской профилактике, пропаганде ЗОЖ согласно возрасту;
- ребенок направлен в центр раннего вмешательства и (или) к врачу-детскому неврологу.

ТЕСТ
на наличие аутизма у детей раннего возраста

Дата проведения тестирования:			
Фамилия, имя ребенка:			
Возраст ребенка		Число, месяц, год рождения ребенка:	
1	Нравится ли Вашему ребенку, когда его подбрасывают, качают на коленях и другие подобные игры?	Да	Нет
2	Проявляет ли Ваш ребенок интерес к другим детям?*	Да	Нет
3	Нравится ли Вашему ребенку взбираться по предметам таким, как лестница?	Да	Нет
4	Нравится ли Вашему ребенку игра в прятки/«ку-ку»?	Да	Нет
5	Играет ли Ваш ребенок в игры «понорошку», например, говорит по телефону или заботится о кукле, или что-то другое?	Да	Нет
6	Показывает ли Ваш ребенок указательным пальцем на что-либо, чтобы попросить об этом?	Да	Нет
7	Показывает ли Ваш ребенок указательным пальцем на что-либо, чтобы обозначить свой интерес?*	Да	Нет
8	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
9	Приносит ли Ваш ребенок предметы Вам (родителям), чтобы показать?*	Да	Нет
10	Смотрит ли Ваш ребенок Вам в глаза в течение более чем 1-2 секунд?	Да	Нет
11	Проявлял ли Ваш ребенок когда-либо сверхчувствительность к шуму (например, закрывая уши)?**	Да	Нет
12	Ваш ребенок улыбается, если видит Ваше лицо, Вашу улыбку?	Да	Нет
13	Ваш ребенок подражает Вам (например, если Вы скорчили рожицу)?*	Да	Нет
14	Ваш ребенок откликается, когда Вы зовете его по имени?*	Да	Нет
15	Если Вы через всю комнату показываете на игрушку. Ваш ребенок смотрит на нее?*	Да	Нет
16	Ваш ребенок ходит?	Да	Нет
17	Ваш ребенок смотрит на то, на что смотрите Вы?	Да	Нет
18	Совершает ли Ваш ребенок необычные движения руками перед лицом?***	Да	Нет
19	Пытается ли Ваш ребенок привлечь Ваше внимание к тому, чем он занимается?	Да	Нет
20	Казалось ли Вам когда-либо, что Ваш ребенок не слышит (глухой)?***	Да	Нет
21	Понимает ли Ваш ребенок речь других людей?	Да	Нет
22	Бывает ли так, что Ваш ребенок пристально смотрит в пустоту или бесцельно ходит, бегае?***	Да	Нет
23	Если происходит что-то незнакомое, смотрит ли ребенок Вам в лицо в поисках Вашей реакции?	Да	Нет
<p>* Критические вопросы, ** Ответы «Нет» на все вопросы, за исключением 11, 18, 20, 22 являются несовпадающими. Тест считается не пройденным при двух или более несовпадающих ответах на критические вопросы или трех несовпадающих ответах на любые вопросы. Детям, которые не прошли тест, требуется проведение диагностики врачом-специалистом.</p>			

Результат: пройден / не пройден (нужное подчеркнуть).

Медицинский работник, проводивший тестирование:

_____ (подпись)

_____ (ФИО)

_____ (должность)

Рекомендации:

- проведено консультирование по медицинской профилактике, пропаганде ЗОЖ согласно возрасту;
- ребенок направлен в центр раннего вмешательства и (или) к врачу-детскому неврологу.