

M-CHAT-R

Имя: _____ Дата рождения: _____ Дата посещения: _____
(Name) (Birthdate) (Visit Date)

Пожалуйста, ответьте на эти вопросы о Вашем ребенке. Учитывайте обычное поведение Вашего ребенка. Если Вы видели, как он вел себя подобным образом несколько раз, но такое поведение не является для него обычным, пожалуйста, отвечайте **«нет»**. Пожалуйста, ответьте **«да»** или **«нет»** на каждый вопрос. Большое Вам спасибо.

Вопросы (Questions)

Да
(Yes) Нет
(No)

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Если Вы указываете на какой-то предмет в комнате, Ваш ребенок смотрит на него? (НАПРИМЕР, если Вы укажете на игрушку или на животное, Ваш ребенок смотрит на игрушку или на животное?) (If you point at something across the room, does your child look at it?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Вам никогда не приходило в голову, что Ваш ребенок глухой? (Have you ever wondered if your child might be deaf?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ваш ребенок любит притворяться? (НАПРИМЕР, притворяется, что пьет из пустой чашки, разговаривает по телефону, кормит куклу или игрушечную зверушку?) (Does your child play pretend or make-believe?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ваш ребенок любит взбираться на предметы? (НАПРИМЕР, на мебель, площадку для игр, лестницу?) (Does your child like climbing on things?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Совершает ли Ваш ребенок необычные движения пальцами возле головы и глаз? (НАПРИМЕР, качает пальцами возле глаз?) (Does your child make unusual finger movements near his or her eyes?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Указывает ли Ваш ребенок пальцем, если хочет что-нибудь попросить или обращается за помощью? (НАПРИМЕР, указывает на закуску или игрушку, до которой не может дотянуться?) (Does your child point with one finger to ask for something or to get help?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Указывает ли ребенок одним пальцем на что-то интересное, на что хочет Вам показать? (НАПРИМЕР, на самолет в небе или большой грузовик на дороге?) (Does your child point with one finger to show you something interesting?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ваш ребенок интересуется другими детьми? (НАПРИМЕР, смотрит ли Ваш ребенок на других детей, смеется или подходит к ним?) (Is your child interested in other children?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Приносит ли Вам ребенок вещи, чтобы Вы на них посмотрели, показывает ли Вам их – не для того, чтобы ему помогли, а просто, чтобы поделиться? (НАПРИМЕР, показывает Вам цветок, игрушечную зверушку, игрушечный грузовик?) (Does your child show you things by bringing them to you or holding them up for you to see – not to get help, but just to share?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ваш ребенок отвечает, когда Вы называете его по имени? (НАПРИМЕР, смотрит ли он на Вас, заговаривает либо лепечет, прекращает свои дела, когда слышит свое имя?) (Does your child respond when you call his or her name?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Когда Вы улыбаетесь своему ребенку, он улыбается в ответ? (When you smile at your child, does he or she smile back at you?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Вопросы (Questions)

Да
(Yes) Нет
(No)

- | | Да
(Yes) | Нет
(No) |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 12. Вашего ребенка расстраивают каждодневные шумы? (Например, кричит ли он или плачет в ответ на шум пылесоса или громкую музыку?) (Does your child get upset by everyday noises?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ваш ребенок ходит? (Does your child walk?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ваш ребенок смотрит Вам в глаза, когда Вы с ним говорите, играете или одеваете его? (Does your child look you in the eye when you are talking to him or her, playing with him or her, or dressing him or her?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ваш ребенок пытается копировать то, что Вы делаете? (НАПРИМЕР, помахать рукой, похлопать в ладоши, забавно пошуметь вслед за Вами) (Does your child try to copy what you do?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Если Вы поворачиваете голову, чтобы взглянуть на что-то, осматривается ли Ваш ребенок, чтобы увидеть, на что Вы смотрите? (If you turn your head to look at something, does your child look around to see what you are looking at?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Старается ли Ваш ребенок заставить Вас посмотреть на него? (НАПРИМЕР, Ваш ребенок смотрит на Вас для того, чтобы услышать похвалу, сказать «смотри» или «посмотри на меня»?) (Does your child try to get you to watch him or her?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Понимает ли Ваш ребенок, когда Вы говорите ему что-либо сделать? (НАПРИМЕР, если Вы не указываете на предмет, может ли ребенок понять слова “положи книгу на стул” или “принеси мне одеяло”?) (Does your child understand when you tell him or her to do something?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Если происходит что-то новое, смотрит ли Ваш ребенок Вам в лицо, чтобы понять, что именно Вы чувствуете по этому поводу (НАПРИМЕР, если он слышит странный или забавный шум, или видит новую игрушку, посмотрит ли он Вам в лицо?) (If something new happens, does your child look at your face to see how you feel about it?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Любит ли Ваш ребенок подвижные виды деятельности? (НАПРИМЕР, когда его подбрасывают или качают на колене) (Does your child like movement activities?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |