

Анкета для родителей по раннему выявлению риска развития расстройств аутистического спектра (тест М-CHAT)

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?*(<i>Смотрит на них, улыбается им, пытается подойти или подражать их игре</i>)	Да	Нет
3	Нравится ли Вашему ребенку взбираться по предметам таким, как лестница?(<i>Любит ли он залезать на диван, на горку или ступеньки</i>)	Да	Нет
4	Нравится ли Вашему ребенку игра в прятки/«ку-ку»?(<i>Ждет ли он вашего появления, радуется ли, когда вы «нашлись»</i>)	Да	Нет
5	Играет ли Ваш ребенок в игры «понарошку», например, говорит по телефону или заботится о кукле, или что-то другое?(<i>Кормит ли куклу из пустой чашки, «звонит» по пультам как по телефону</i>)	Да	Нет
6	Показывает ли Ваш ребенок указательным пальцем на что-либо, чтобы попросить об этом?(<i>Тычет пальцем в печенье или игрушку, которую хочет получить</i>)	Да	Нет
7	Показывает ли Ваш ребенок указательным пальцем на что-либо, чтобы обозначить свой интерес?*(<i>Показывает на летающую птицу или машину, чтобы ВЫ тоже на нее посмотрели</i>)	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?*(<i>Не просит починить или открыть, а просто хвастается находкой</i>)	Да	Нет
10	Смотрит ли Ваш ребенок Вам в глаза в течение более чем 1-2 секунд?(<i>Есть ли у вас прямой зрительный контакт во время общения</i>)	Да	Нет
11	Проявлял ли Ваш ребенок когда-либо сверхчувствительность к шуму?**(<i>Вскрикивает или закрывает уши при звуке блендера, пылесоса, плаче другого ребенка</i>)	Да	Нет
12	Ваш ребенок улыбается, если видит Ваше лицо, Вашу улыбку?	Да	Нет
13	Ваш ребенок подражает Вам?*(<i>Машет «пока-пока», хлопает в ладоши, если это делаете вы</i>)	Да	Нет
14	Ваш ребенок откликается, когда Вы зовете его по имени?*(<i>Останавливает игровую деятельность, поворачивает голову и смотрит на вас, когда вы его зовете</i>)	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? <i>(Прослеживает ли он за вашим взглядом, когда вы заинтересованно на что-то смотрите)</i>	Да	Нет
18	Совершает ли Ваш ребенок необычные движения руками перед лицом?*** <i>(Махнет ладошками как крыльями, быстро перебирает пальцами перед глазами)</i>	Да	Нет
19	Пытается ли Ваш ребенок привлечь Ваше внимание к тому, чем он занимается? <i>(Оглядывается ли на вас, когда играет, как бы говоря «смотри, что я делаю»)</i>	Да	Нет
20	Казалось ли Вам когда-либо, что Ваш ребенок не слышит (глухой)?** <i>(Часто игнорирует обращение к нему, хотя слух в порядке)</i>	Да	Нет
21	Понимает ли Ваш ребенок речь других людей? <i>(Выполняет простые просьбы: «принеси мяч», «иди кушать» без жестов)</i>	Да	Нет
22	Бывает ли так, что Ваш ребенок пристально смотрит в пустоту или бесцельно ходит, бегает?*** <i>(Бесцельно бродит по комнате или долго смотрит в одну точку)</i>	Да	Нет
23	Если происходит что-то незнакомое, смотрит ли ребенок Вам в лицо в поисках Вашей реакции?	Да	Нет

Согласно алгоритму, утвержденному Приказом МЗ РБ № 1265, результат скрининга интерпретируется следующим образом:

Результат признается положительным (выявлен риск РАС), если:

1. По критическим вопросам: получено 2 и более отрицательных («несовпадающих») ответа на вопросы № 2, 7, 9, 13, 14, 15.
2. По всем вопросам анкеты: набрано 3 и более любых отрицательных («несовпадающих») ответа (из общего количества в 23 вопроса).

Примечание: «Несовпадающим» считается ответ «Нет» для большинства пунктов и ответ «Да» для вопросов № 11, 18, 20, 22.