

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

Podziękowania: Dziękujemy dr Joaquin Fuentes
za pracę nad schematami blokowymi użytymi w niniejszym dokumencie.

Aby uzyskać więcej informacji wejdź na stronę: www.mchatscreen.com
lub www.synapsis.org.pl

albo

skontaktuj się z Dianą Robins, e-mail: DianaLRobins@gmail.com
lub Fundacją Synapsis, e-mail: sekretariat@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 badawczych, klinicznych i edukacyjnych. Ściągnięcie M-CHAT-R/F i powiązanych materiałów jest dozwolone ze strony 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 żadna z grup 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 (DianaLRobins@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 zawrzeć umowę licencyjną z Dianą Robins.

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 kontynuacji oceny 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 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 dodatkowej obserwacji 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 Twojego dziecka. Weź pod uwagę jak Twoje dziecko zazwyczaj się zachowuje. Jeśli dane zachowanie u Twojego dziecka pojawiło się kilka razy, ale zazwyczaj dziecko tego nie robi, odpowiedz „nie”. Zaznacz odpowiedź „tak” lub „nie” przy każdym pytaniu. Dziękujemy.

1. Jeśli wskażesz ręką na jakiś obiekt w pokoju, to czy wtedy Twoje dziecko na niego spojrzy? (np. jeśli wskazujesz na zabawkę, albo na zwierzę, to czy Twoje dziecko spogląda na tę zabawkę lub zwierzę?)	Tak	Nie
2. Czy kiedykolwiek przyszło Ci do głowy, że Twoje dziecko może mieć problemy ze słuchem?	Tak	Nie
3. Czy Twoje 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 Twoje dziecko lubi się wspinać na przedmioty? (np. na meble, na drabinki na placu zabaw lub na schody?)	Tak	Nie
5. Czy Twoje dziecko wykonuje nietypowe ruchy palcami dłoni przy swoich oczach? (np. czy Twoje dziecko macha dłońmi blisko przed swoimi oczami?)	Tak	Nie
6. Czy Twoje 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 Twoje dziecko wskazuje palcem aby pokazać Ci coś interesującego? (np. czy wskazuje na samolot lecący na niebie lub na przejeżdżającą ciężarówkę?)	Tak	Nie
8. Czy Twoje dziecko jest zainteresowane innymi dziećmi? (np. czy Twoje dziecko obserwuje inne dzieci, uśmiecha się do nich lub podchodzi do nich?)	Tak	Nie
9. Czy Twoje dziecko przynosi Ci przedmioty, aby Ci je pokazać lub podnosi je tak, abyś mógł/mogła zobaczyć – nie po to aby uzyskać pomoc, ale tylko po to, by je pokazać? (np. pokazuje Ci kwiatek, pluszową zabawkę, lub zabawkową ciężarówkę?)	Tak	Nie
10. Czy Twoje dziecko odpowiada Ci, gdy wołasz je po imieniu? (np. czy dziecko spogląda w Twoim kierunku, mówi lub gaworzy lub przestaje robić to, co właśnie robiło, gdy wołasz je po imieniu?)	Tak	Nie
11. Gdy uśmiechasz się do swojego dziecka, czy Twoje dziecko również odpowiada Ci uśmiechem?	Tak	Nie
12. Czy Twoje dziecko bywa rozdrażnione z powodu codziennych głośnych dźwięków? (np. czy Twoje dziecko krzyczy lub płacze w reakcji na głośne dźwięki takie jak dźwięk odkurzacza lub głośna muzyka?)	Tak	Nie
13. Czy Twoje dziecko chodzi?	Tak	Nie
14. Czy Twoje dziecko patrzy Ci w oczy gdy do niego mówisz, gdy się z nim bawisz lub gdy je ubierasz?	Tak	Nie
15. Czy Twoje dziecko próbuje naśladować to, co Ty robisz? (np. machanie „papa”, klaskanie lub wydawanie śmiesznych dźwięków)	Tak	Nie

16. Jeśli Ty odwrócisz głowę, by na coś spojrzeć, czy Twoje dziecko również odwraca głowę, by spojrzeć na to samo co Ty?	Tak	Nie
17. Czy Twoje dziecko próbuje zwrócić na siebie Twoją uwagę, byś na nie patrzył/a? (np. czy Twoje dziecko spogląda na Ciebie by zostać pochwalone lub czy mówi „popatrz”, „patrz na mnie”?)	Tak	Nie
18. Czy Twoje dziecko rozumie, gdy mówisz mu aby coś zrobiło? (np. jeśli nie wskazujesz palcem, nie robisz gestu rękami, czy wtedy Twoje dziecko rozumie polecenie „połóż książkę na krześle” lub „podaj mi koc”?)	Tak	Nie
19. Gdy dzieje się coś nowego, czy wtedy Twoje dziecko spogląda na Ciebie, by sprawdzić Twoją reakcję, jak się z tym czujesz? (np. gdy dziecko usłyszy jakiś nowy lub zabawny dźwięk lub zobaczy nową zabawkę, czy popatrzy wtedy na Twoją twarz?)	Tak	Nie
20. Czy Twoje dziecko lubi zabawy ruchowe? (np. być kołysane, podzucane u Ciebie na kolanach)	Tak	Nie

Dalsza obserwacja z użyciem M-CHAT-R Follow-Up (M-CHAT-R/F)TM

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.

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 (DianaLRobins@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 odpowiada jednemu pytaniu 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 to dalszej oceny, niezależnie od wyniku M-CHAT-R lub M-CHAT-R/F.

M-CHAT-R Follow-Up™ Arkusz Oceny

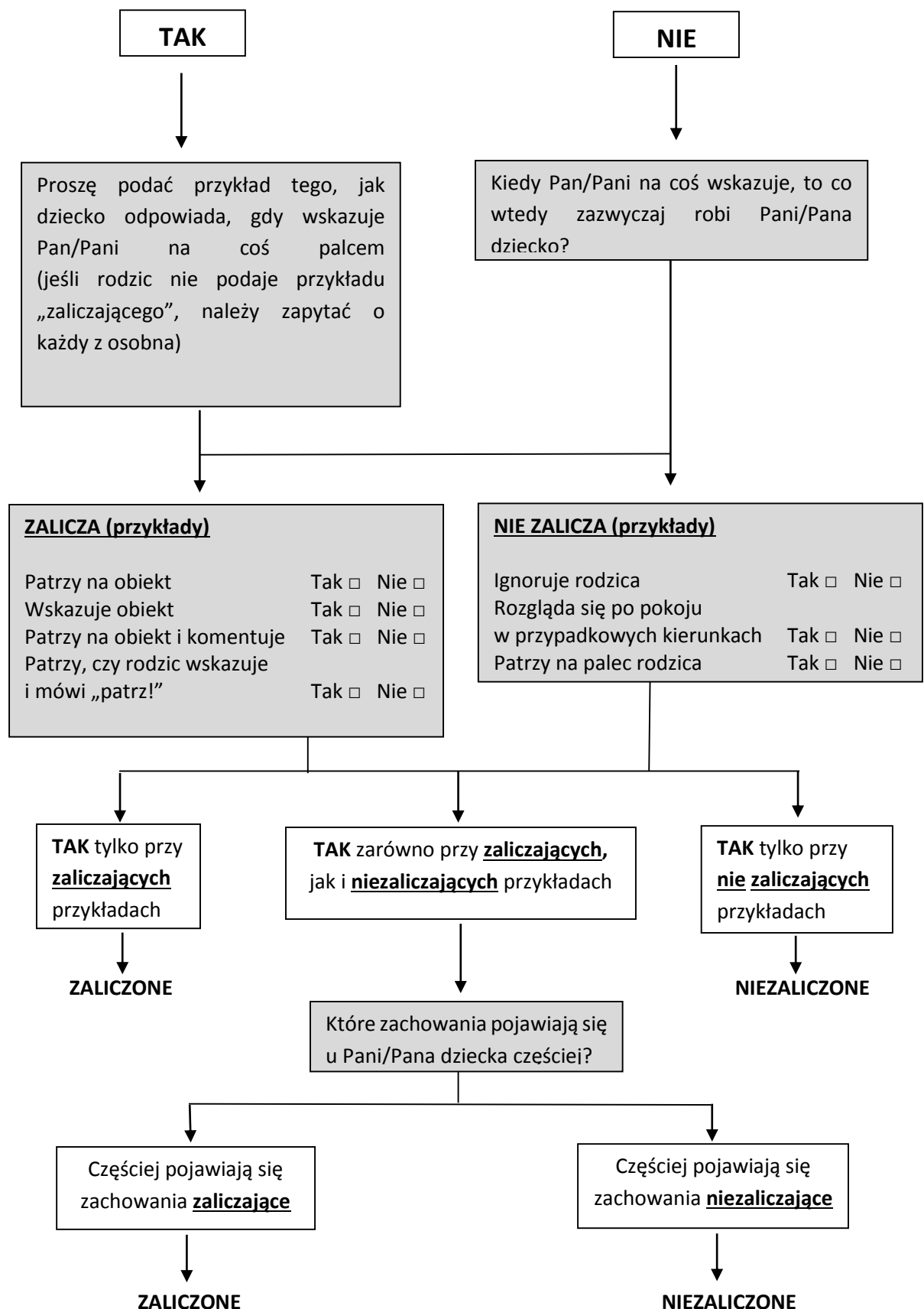
Zwróć uwagę: Tak/Nie zastąpiono stwierdzeniami Zaliczone/Niezaliczone

1. Jeśli wskażesz ręką na jakiś obiekt w pokoju, to czy wtedy Twoje dziecko na niego spojrzy? (np. jeśli wskazujesz na zabawkę, albo na zwierzę, to czy Twoje dziecko spogląda na tę zabawkę lub zwierzę?)	Zaliczone	Niezaliczone
2. Czy kiedykolwiek przyszło Ci do głowy, że Twoje dziecko może mieć problemy ze słuchem?	Zaliczone	Niezaliczone
3. Czy Twoje 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 Twoje dziecko lubi się wspinać na przedmioty? (np. na meble, na drabinki na placu zabaw lub na schody?)	Zaliczone	Niezaliczone
5. Czy Twoje dziecko wykonuje nietypowe ruchy palcami dłoni przy swoich oczach? (np. czy Twoje dziecko macha dłońmi blisko przed swoimi oczami?)	Zaliczone	Niezaliczone
6. Czy Twoje 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 Twoje dziecko wskazuje palcem aby pokazać Ci coś interesującego? (np. czy wskazuje na samolot lecący na niebie lub na przejeżdżającą ciężarówkę?)	Zaliczone	Niezaliczone
8. Czy Twoje dziecko jest zainteresowane innymi dziećmi? (np. czy Twoje dziecko obserwuje inne dzieci, uśmiecha się do nich lub podchodzi do nich?)	Zaliczone	Niezaliczone
9. Czy Twoje dziecko przynosi Ci przedmioty, aby Ci je pokazać lub podnosi je tak, abyś mógł/mogła zobaczyć – nie po to aby uzyskać pomoc, ale tylko po to, by je pokazać? (np. pokazuje Ci kwiatek, pluszową zabawkę, lub zabawkową ciężarówkę?)	Zaliczone	Niezaliczone
10. Czy Twoje dziecko odpowiada Ci, gdy wołasz je po imieniu? (np. czy dziecko spogląda w Twoim kierunku, mówi lub gaworzy lub przestaje robić to, co właśnie robiło, gdy wołasz je po imieniu?)	Zaliczone	Niezaliczone
11. Gdy uśmiechasz się do swojego dziecka, czy Twoje dziecko również odpowiada Ci uśmiechem?	Zaliczone	Niezaliczone
12. Czy Twoje dziecko bywa rozdrażnione z powodu codziennych głośnych dźwięków? (np. czy Twoje dziecko krzyczy lub płacze w reakcji na głośne dźwięki takie jak dźwięk odkurzacza lub głośna muzyka?)	Zaliczone	Niezaliczone
13. Czy Twoje dziecko chodzi?	Zaliczone	Niezaliczone
14. Czy Twoje dziecko patrzy Ci w oczy gdy do niego mówisz, gdy się z nim bawisz lub gdy je ubierasz?	Zaliczone	Niezaliczone
15. Czy Twoje dziecko próbuje naśladować to, co Ty robisz? (np. machanie „papa”, klaskanie lub wydawanie śmiesznych dźwięków)	Zaliczone	Niezaliczone

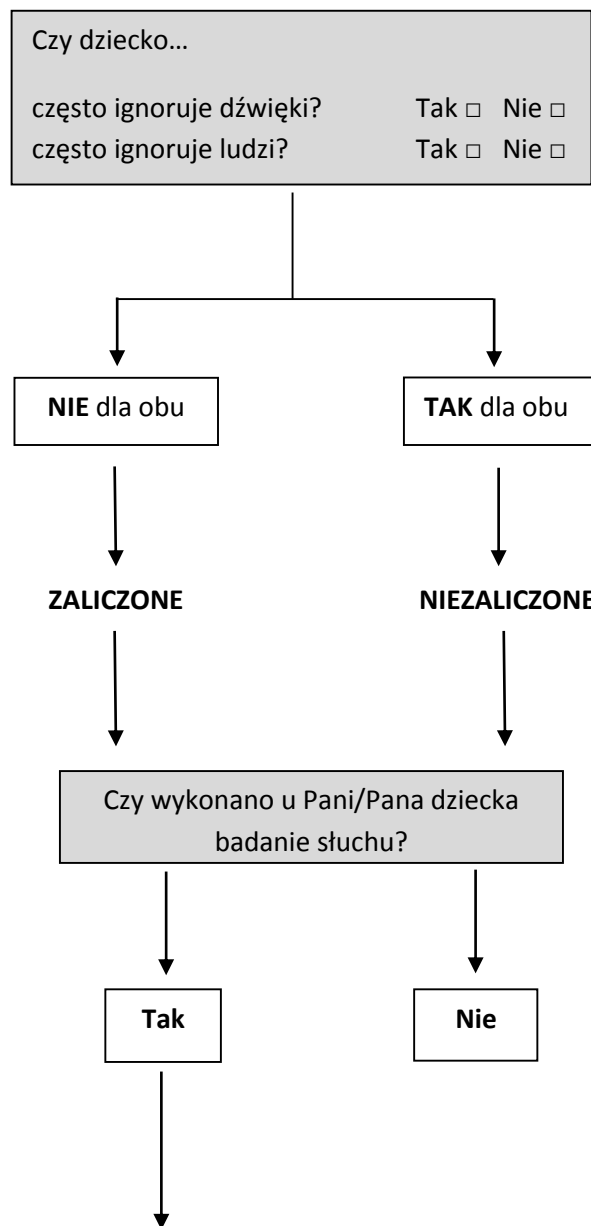
16. Jeśli Ty odwrócisz głowę, by na coś spojrzeć, czy Twoje dziecko również odwraca głowę, by spojrzeć na to samo co Ty?	Zaliczone	Niezaliczone
17. Czy Twoje dziecko próbuje zwrócić na siebie Twoją uwagę, byś na nie patrzył/a? (np. czy Twoje dziecko spogląda na Ciebie by zostać pochwalone lub czy mówi „popatrz”, „patrz na mnie”?)	Zaliczone	Niezaliczone
18. Czy Twoje dziecko rozumie, gdy mówisz mu aby coś zrobiło? (np. jeśli nie wskazujesz palcem, nie robisz gestu rękami, czy wtedy Twoje dziecko rozumie polecenie „połóż książkę na krześle” lub „podaj mi koc”?)	Zaliczone	Niezaliczone
19. Gdy dzieje się coś nowego, czy wtedy Twoje dziecko spogląda na Ciebie, by sprawdzić Twoją reakcję, jak się z tym czujesz? (np. gdy dziecko usłyszy jakiś nowy lub zabawny dźwięk lub zobaczy nową zabawkę, czy popatrzy wtedy na Twoją twarz?)	Zaliczone	Niezaliczone
20. Czy Twoje dziecko lubi zabawy ruchowe? (np. być kołysane, podzucane u Ciebie na kolanach)	Zaliczone	Niezaliczone

Ogólny wynik: _____

1. Jeśli wskaże Pan/Pani ręką na jakiś obiekt w pokoju, to czy wtedy _____ na niego spojrzy?



2. Powiedział/a Pan/Pani, że zastanawiał/a się kiedyś, czy Pana/Pani dziecko jest głuche. Co skłoniło Pana/Panią do takich przypuszczeń?



ZAPYTAJ RÓWNIŻ ODNOŚNIE KAŻDEGO DZIECKA:

Jakie były wyniki badania? *(proszę wybrać jedno)*

Prawidłowy słuch

Wynik poniżej normy

Wynik trudny do oceny lub niepewny

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 kiedykolwiek...

Udaje, że pije z zabawkowego kubka?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Udaje, że je zabawkową łyżeczką lub widelcem?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Udaje, że rozmawia przez telefon?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Udaje, że karmi lalkę lub pluszaka prawdziwym, albo wymyślonym jedzeniem?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Jeździ samochodzikiem po wymyślonej drodze?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Udaje, że jest robotem, samolotem, baletnicą lub innym ulubionym bohaterem?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Umieszcza zabawkowy garnek na udawanej kuchence?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Miesza w garnuszku wymyślone jedzenie?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Wkłada do samochodzika lub ciężarówki ludzika lub inną postać, jak gdyby miała ona być kierowcą lub pasażerem?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Udaje, że odkurza dywan, zamiata podłogę lub kosi trawnik?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Inne (opis)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
.....		
.....		

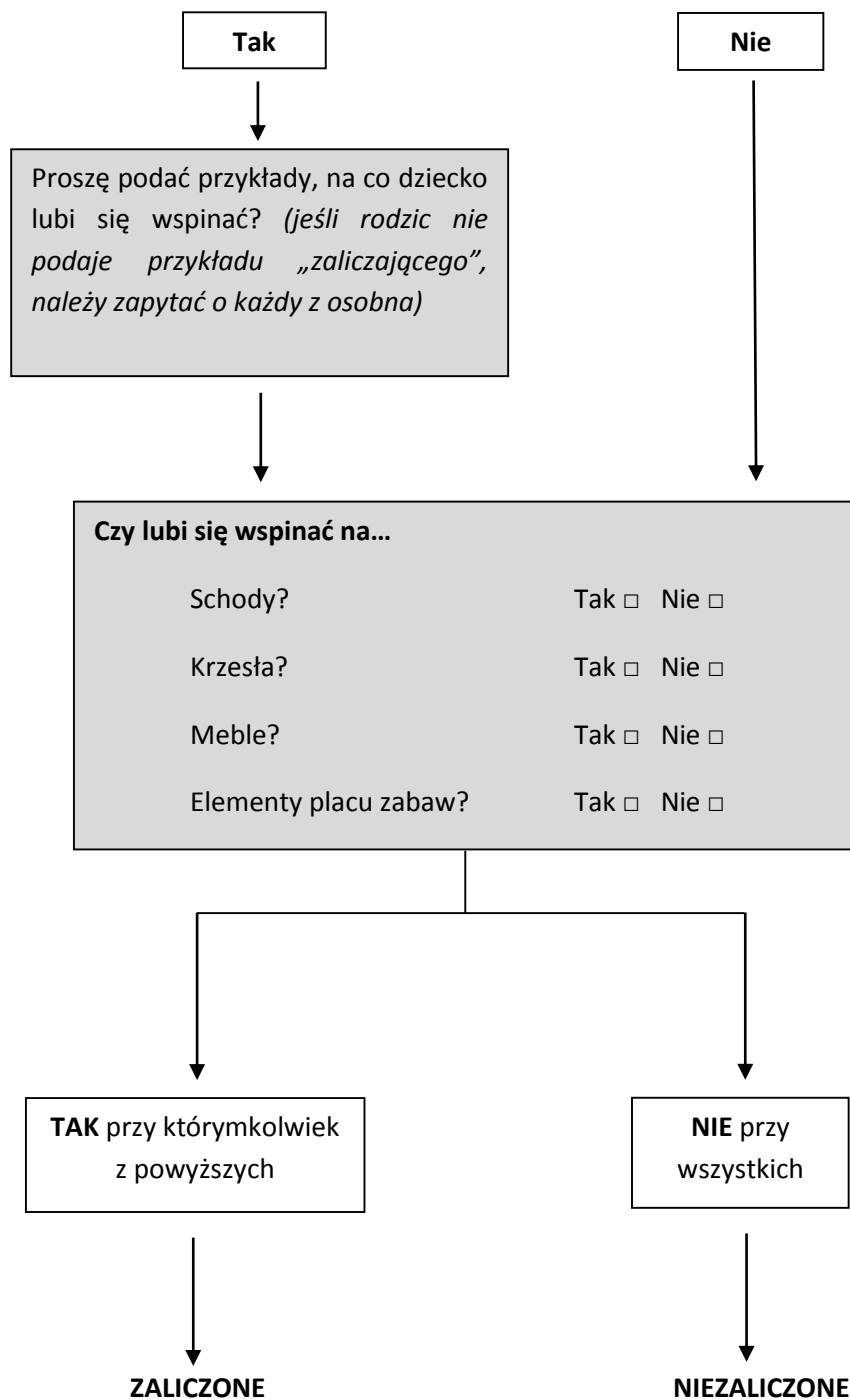
TAK przy którymkolwiek

NIE przy wszystkich

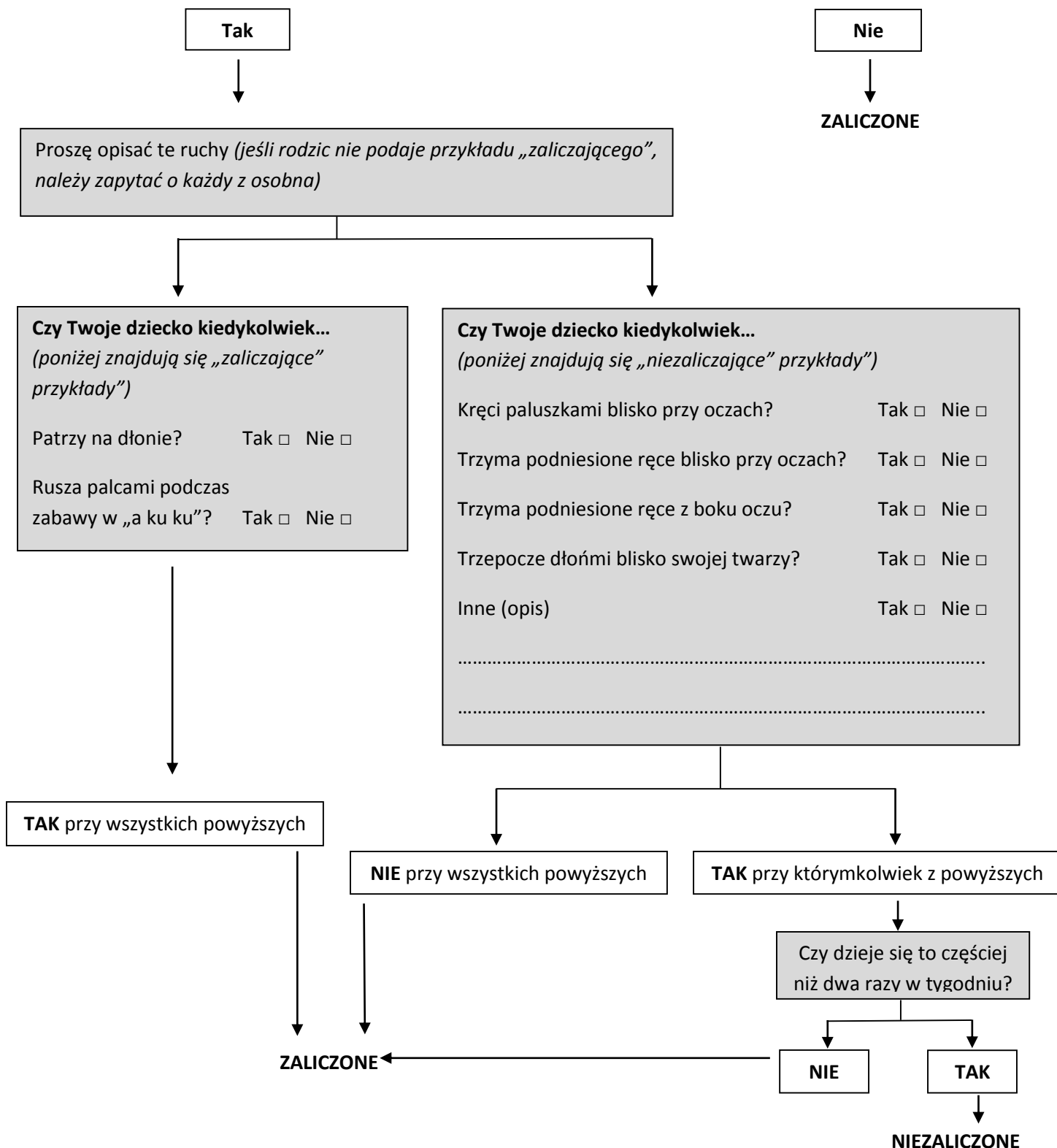
ZALICZONE

NIEZALICZONE

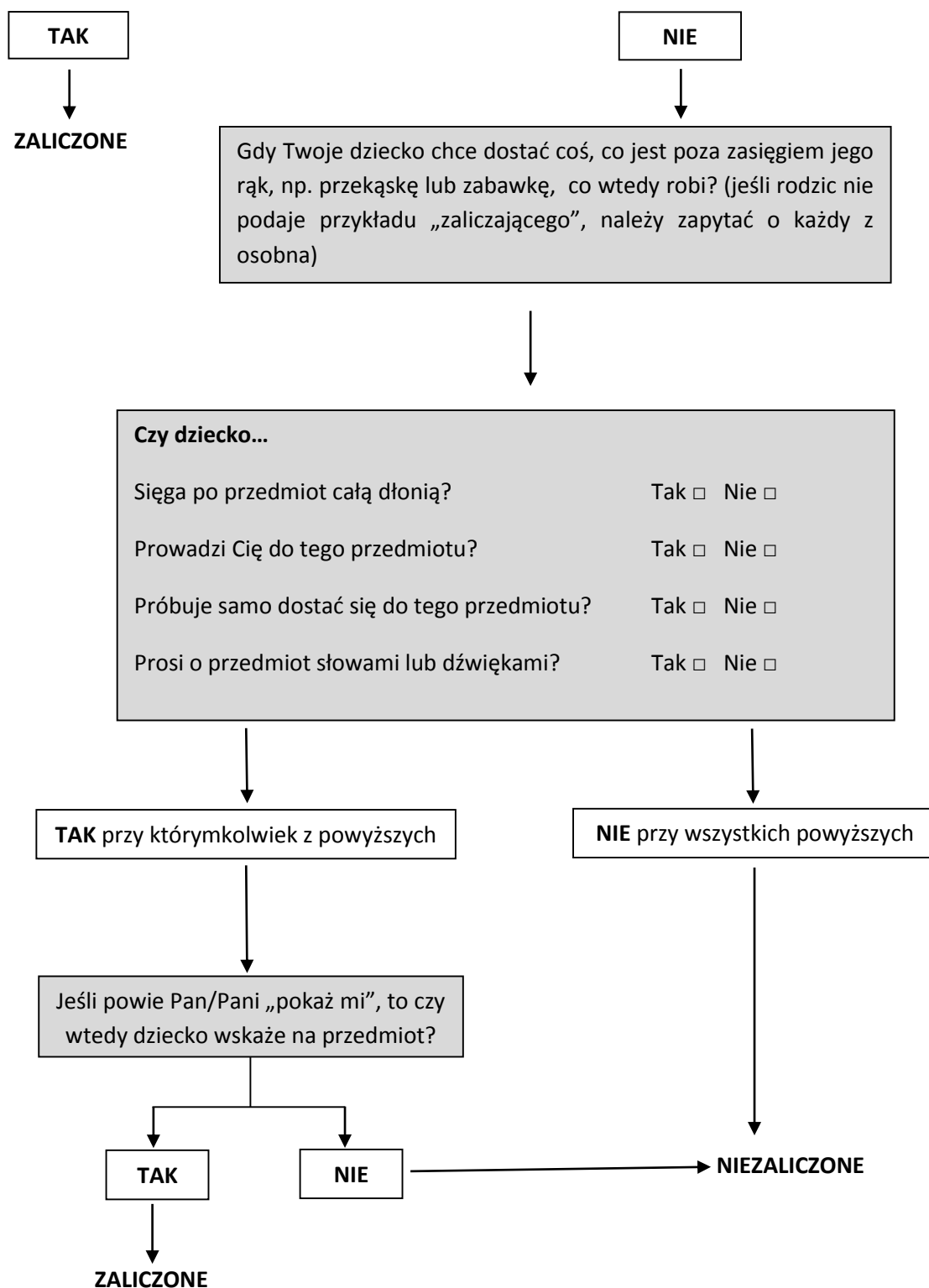
4. Czy _____ lubi się wspinać na przedmioty?



5. Czy _____ wykonuje nietypowe ruchy palcami dłoni blisko przy swoich oczach?

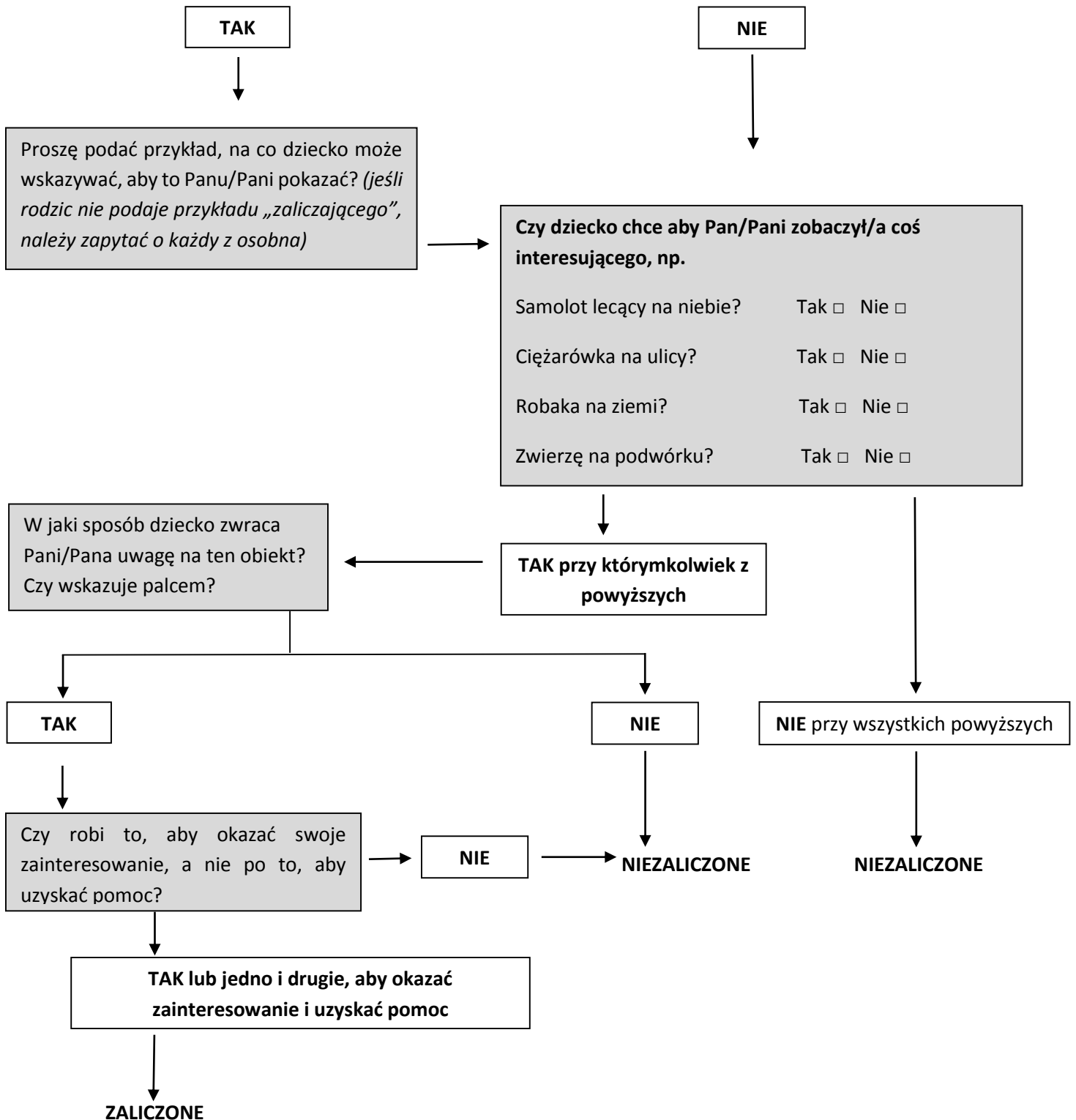


6. Czy Pana/Pani dziecko wskazuje palcem aby o coś poprosić lub uzyskać pomoc?

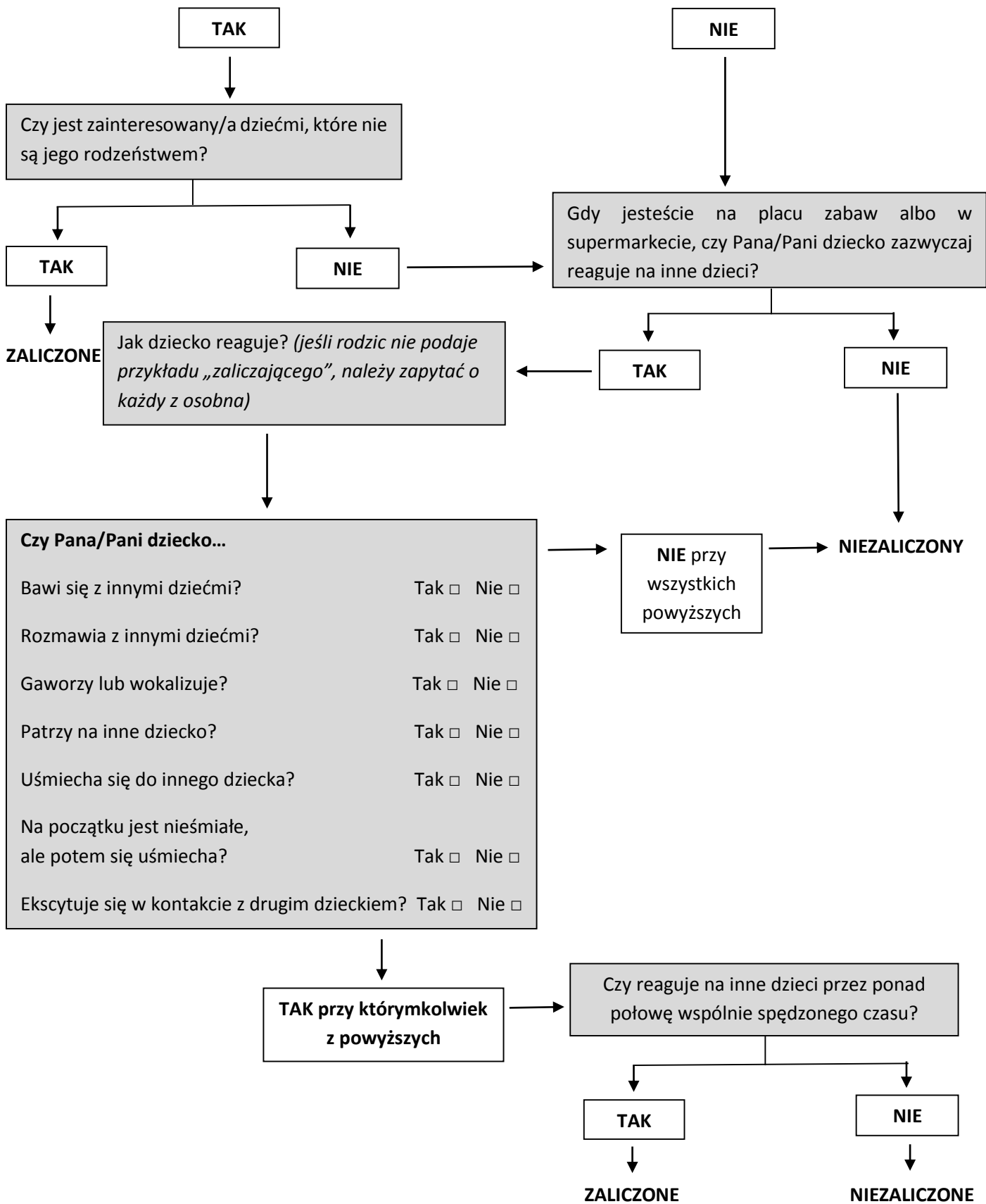


7. Jeśli przeprowadzający wywiad właśnie zapytał o pytanie 6., zacznij od tego: Właśnie rozmawialiśmy o wskazywaniu przedmiotów, aby o nie poprosić.

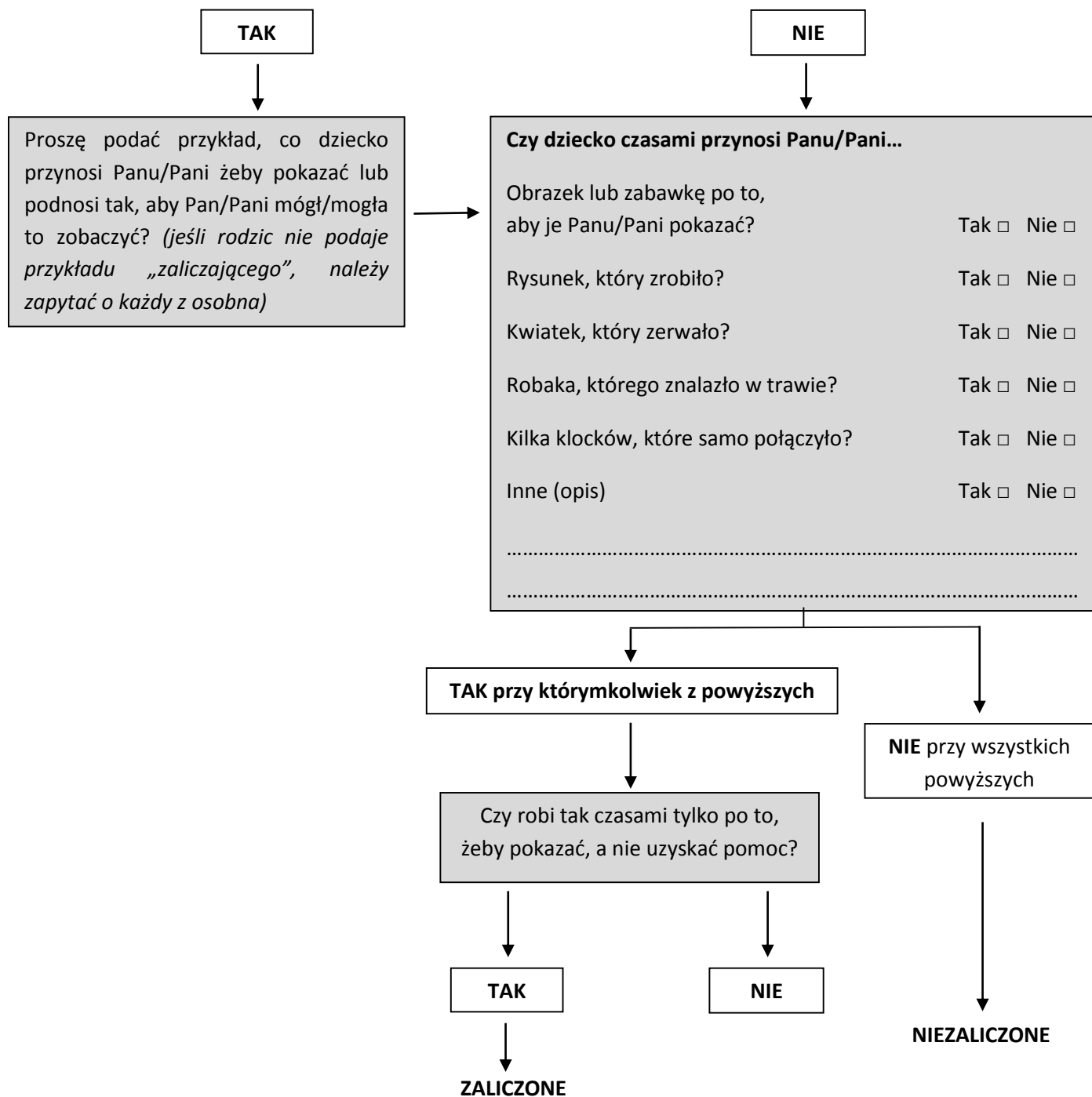
PYTANIE DO WSZYSTKICH: Czy Pani/Pana dziecko wskazuje palcem tylko po to, aby pokazać Panu/Pani coś interesującego?



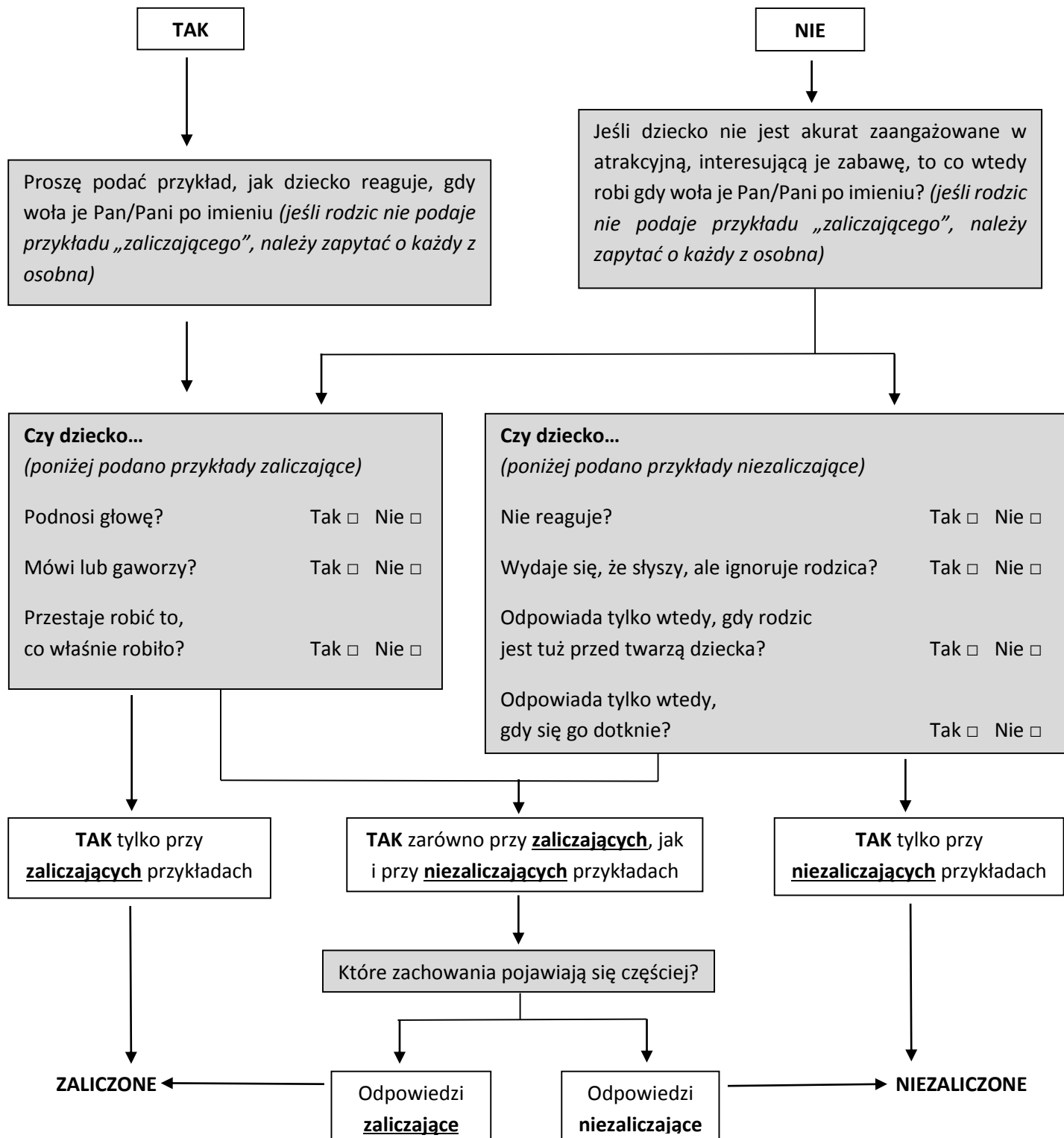
8. Czy _____ jest zainteresowany/a innymi dziećmi?



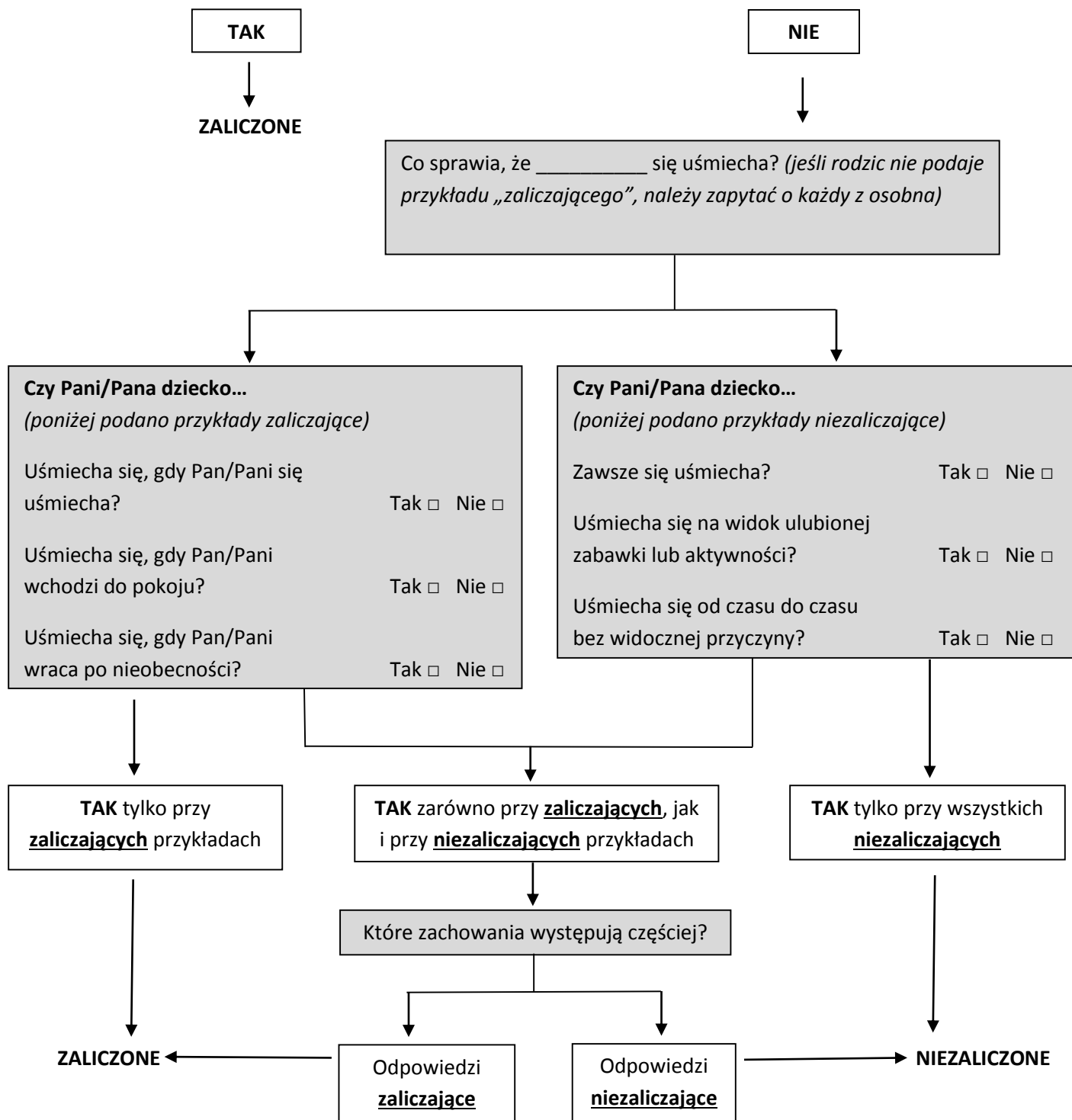
9. Czy _____ przynosi Panu/Pani przedmioty po to, aby je Panu/Pani pokazać lub czy podnosi je tak, aby Pan/Pani mógł/mogła je zobaczyć? Nie po to, aby uzyskać pomoc, tylko aby się nimi podzielić?



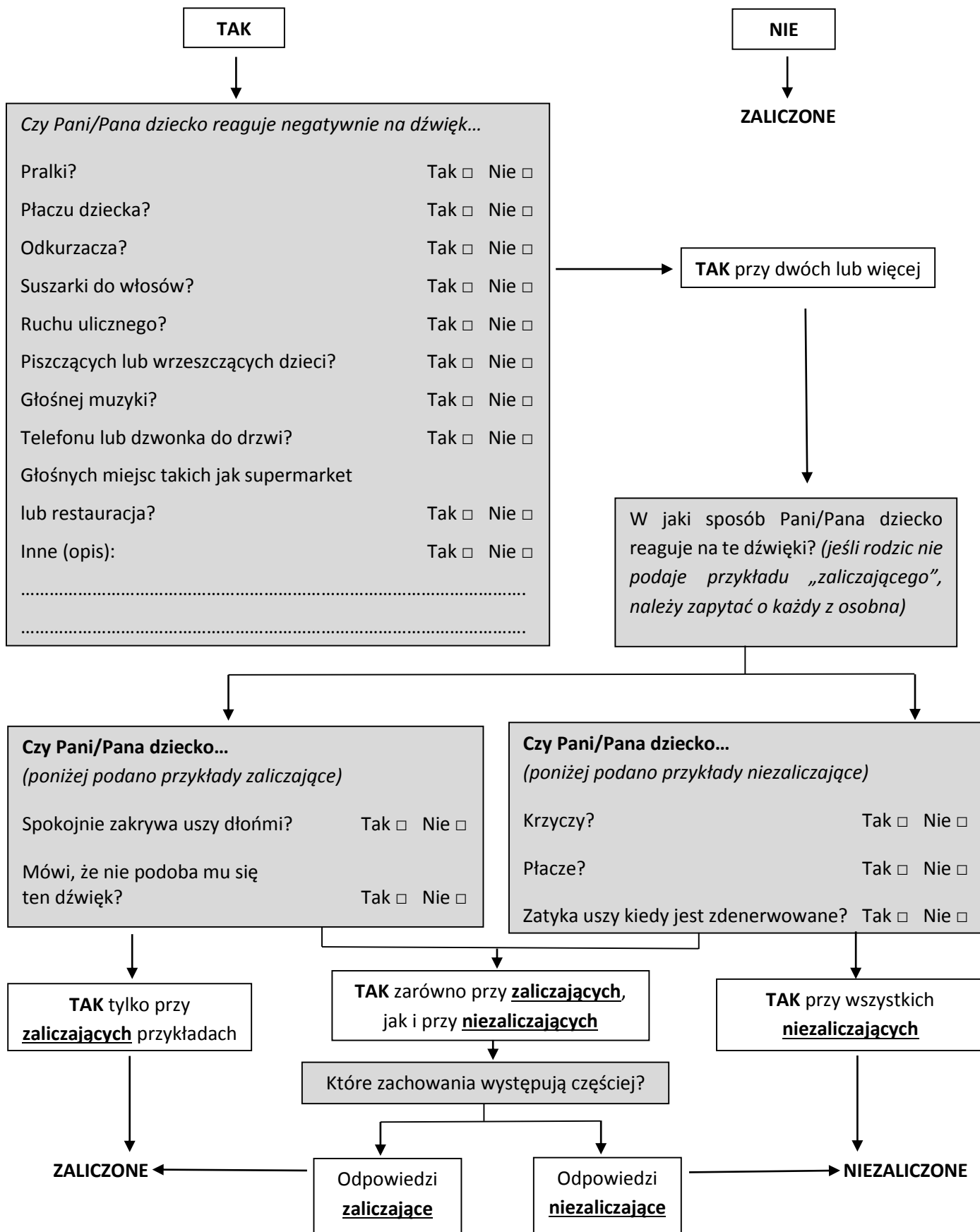
10. Czy _____ reaguje, gdy woła je Pan/Pani po imieniu?



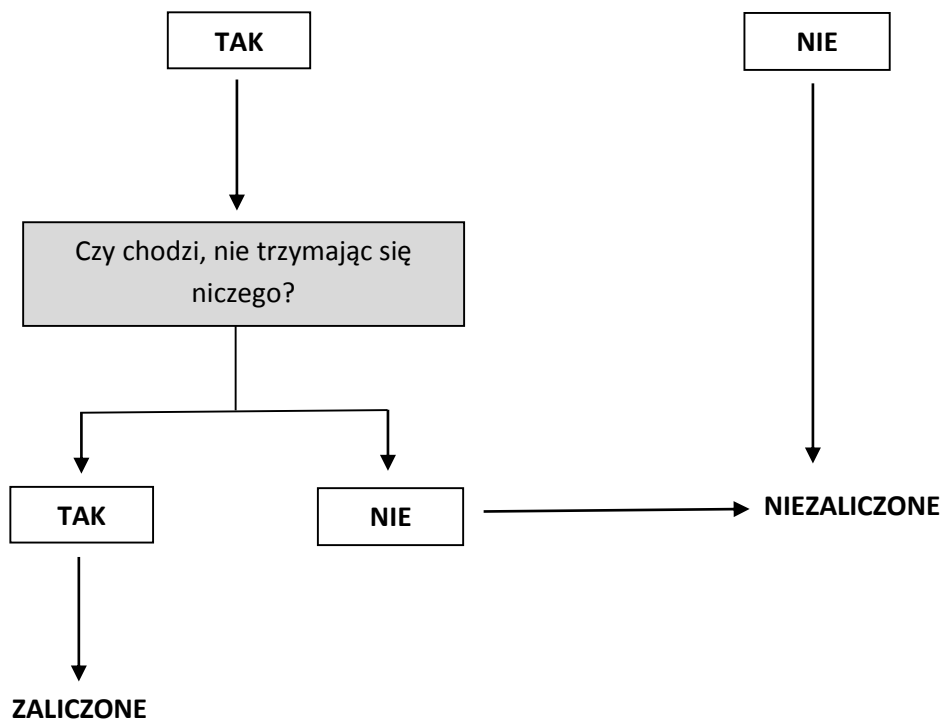
11. Gdy uśmiechasz się do _____, czy on/ona również odpowiada uśmiechem?



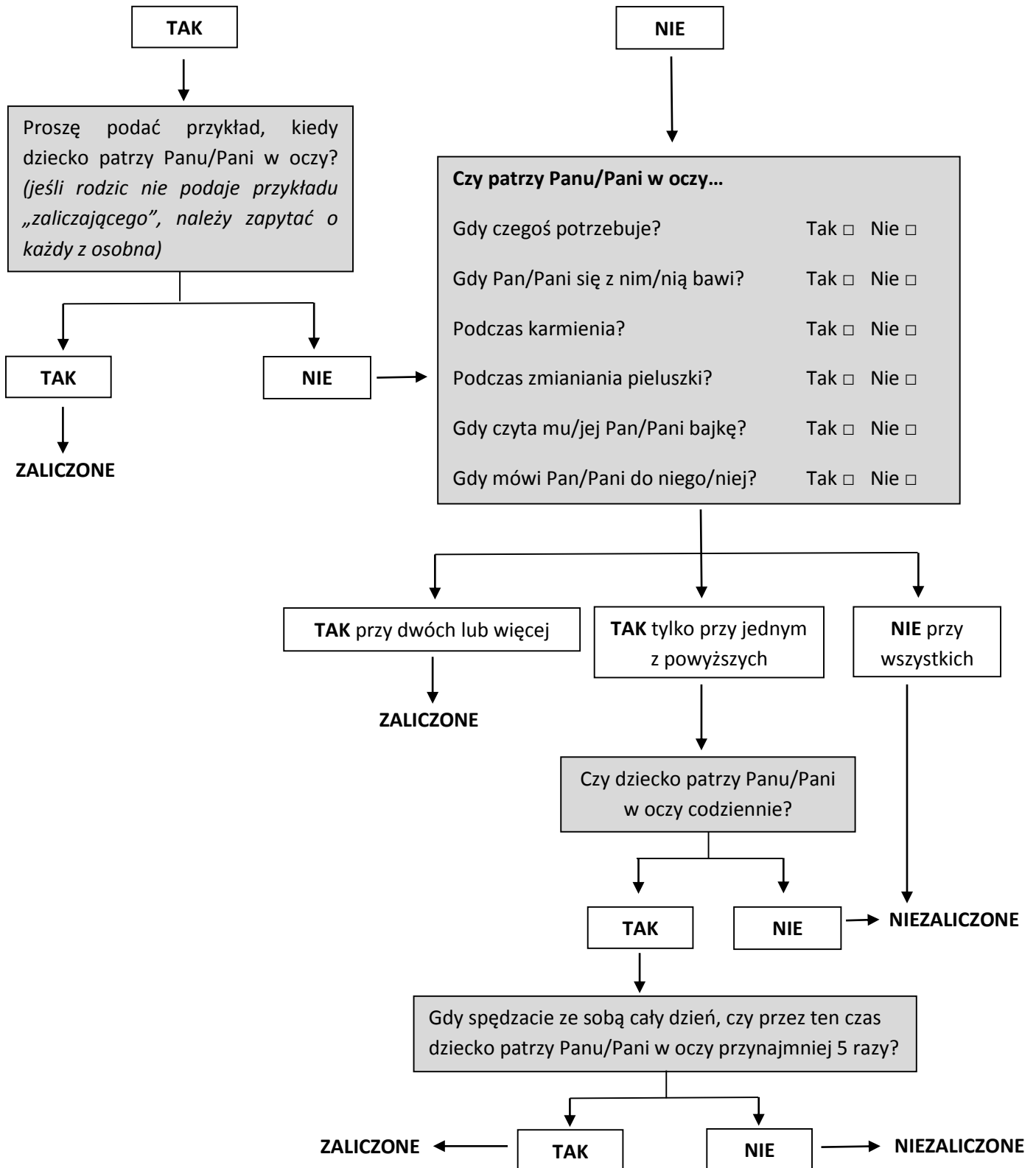
12. Czy _____ denerwuje się w kontakcie z codziennymi głośnymi dźwiękami?



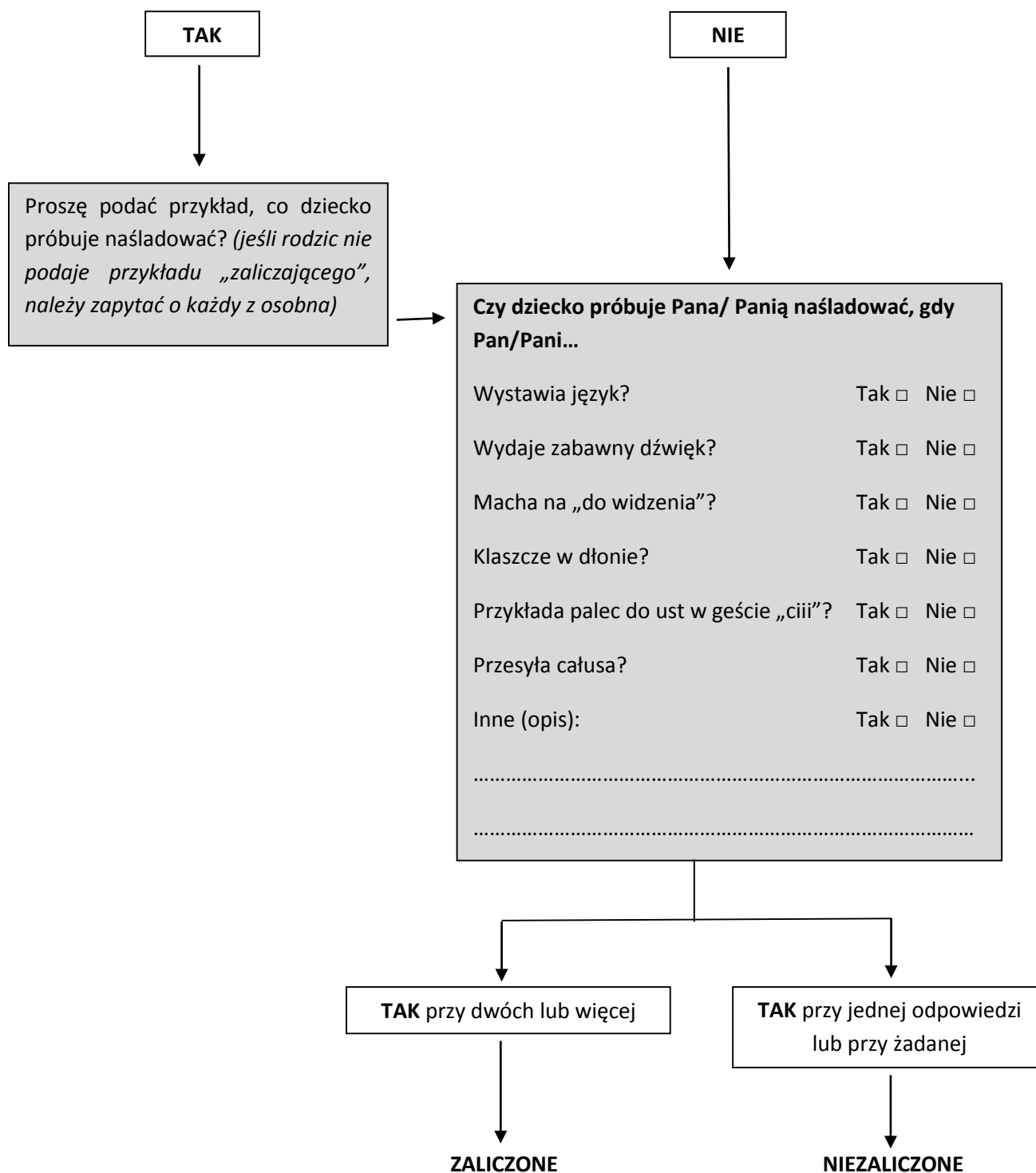
13. Czy _____ chodzi?



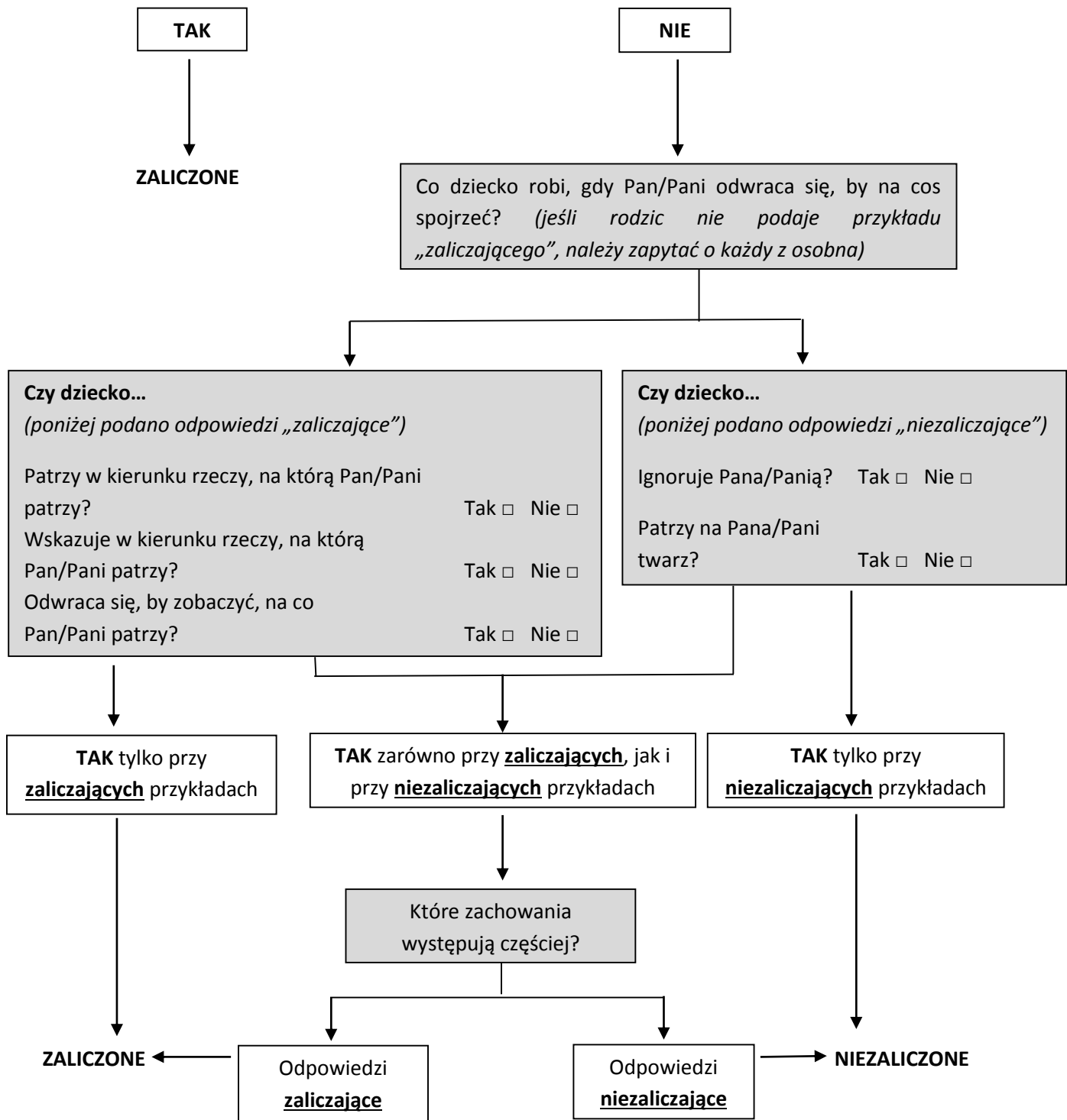
14. Czy _____ patrzy Panu/Pani w oczy, gdy Pan/Pani do niego/niej mówi, bawi się z nim/nią lub jego/ ją przebiera?



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



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?

TAK

NIE

Proszę podać przykład, w jaki sposób dziecko próbuje sprawić aby Pan/Pani popatrzył/a na niego/nią? (jeśli rodzic nie podaje przykładu „zaliczającego”, należy zapytać o każdy z osobna)

Czy dziecko...

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 (opis):	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

.....

.....

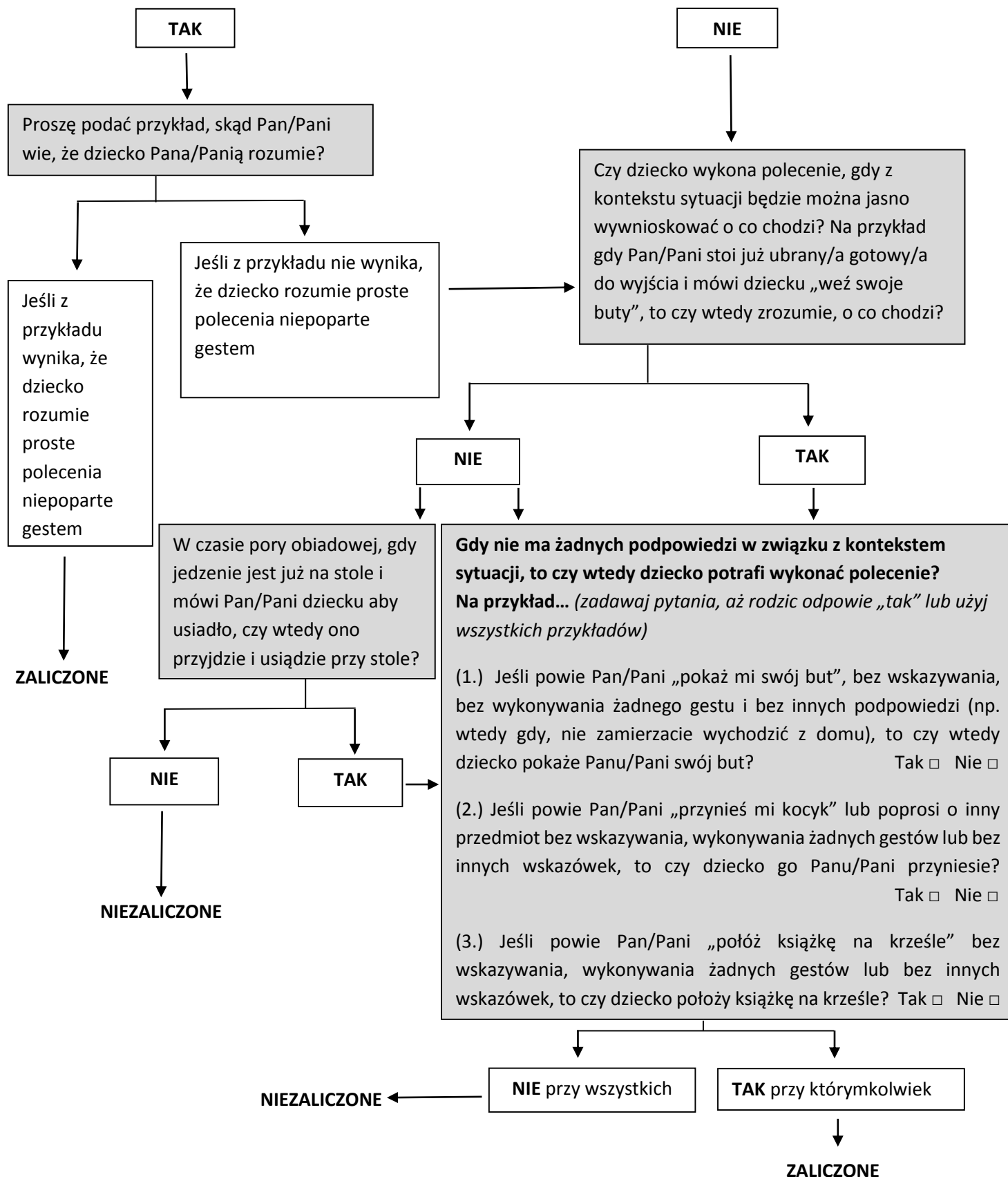
TAK przy którymkolwiek

TAK przy żadnym

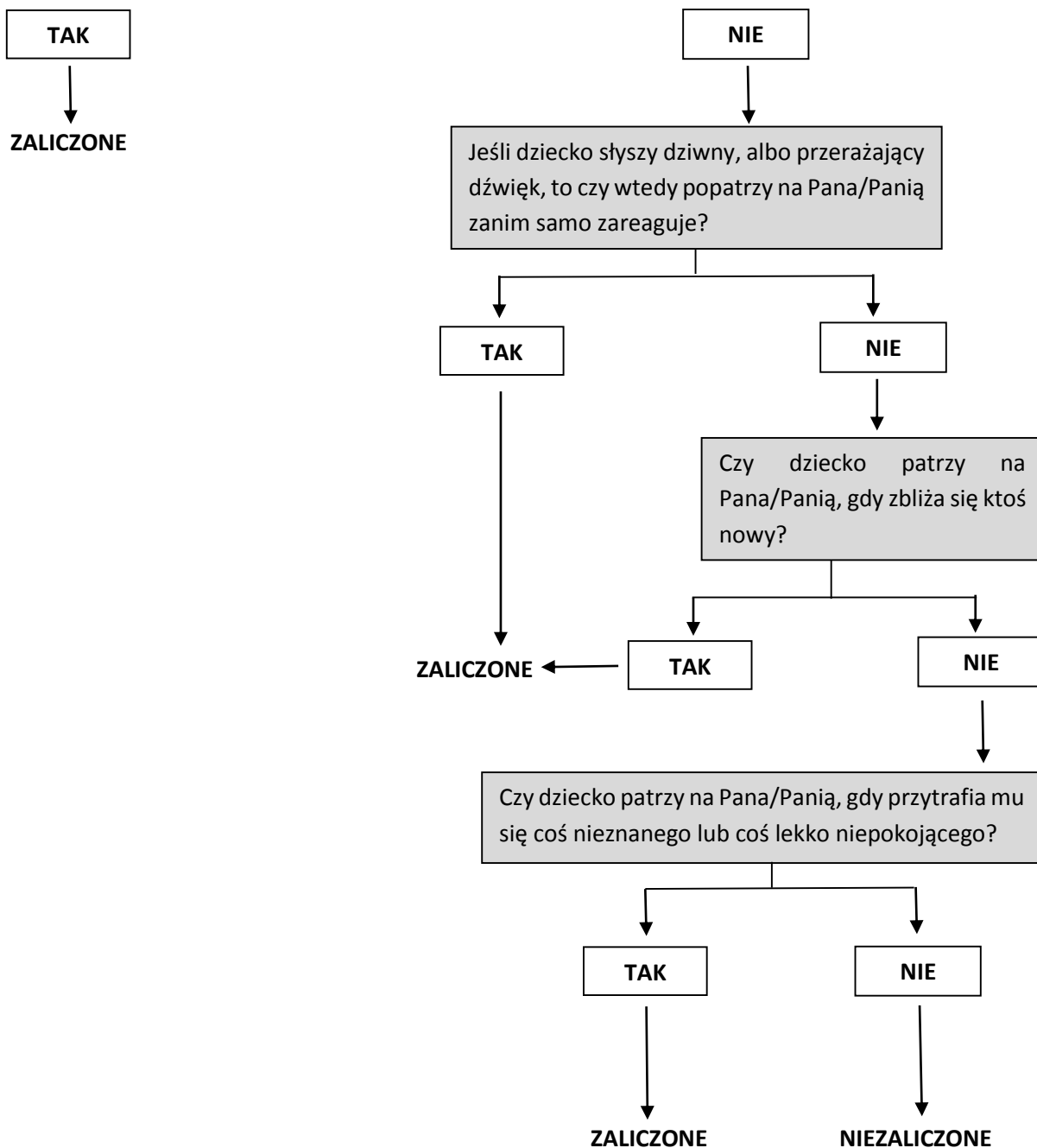
ZALICZONE

NIEZALICZONE

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 się Pan/Pani w związku z tym czuje?



20. Czy _____ lubi aktywności ruchowe?

