

Imię i nazwisko dziecka: _____ Data urodzenia: _____ Data wypełnienia: _____

Czy przed był przedwczesny? _____ Jeśli tak, to w którym tygodniu nastąpił? _____

Osoba wypełniająca: _____ Pokrewieństwo z dzieckiem: _____

Instrukcje dla opiekunów: Kwestionariusz ma na celu identyfikację różnych aspektów rozwoju dzieci i niemowląt. Wiele zachowań pojawiających się przed wykształceniem umiejętności mowy może wskazywać na ewentualne trudności w nauce mowy lub innych trudności rozwojowych u dziecka. Poniższy kwestionariusz rodzic/opiekun dziecka powinien wypełnić gdy dziecko jest pomiędzy **9 a 24 miesiącem życia** w celu ustalenia czy konieczne są dalsze konsultacje dotyczące rozwoju dziecka. Opiekun może być rodzicem lub inną osobą, która codziennie opiekuje się dzieckiem. Należy zaznaczyć odpowiedzi, które najtrafniej opisują zachowanie dziecka. W razie wątpliwości proszę zaznaczyć najtrafniejszą opinię bazując na własnym doświadczeniu. **U dzieci w danym wieku niekoniecznie muszą pojawiać się wszystkie wymienione zachowania.**

Emocje i kontakt wzrokowy

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Czy wiesz, kiedy Twoje dziecko jest szczęśliwe, a kiedy jest zdenerwowane? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często |
| 2. Kiedy Twoje dziecko bawi się zabawkami, czy spogląda ma ciebie, aby zobaczyć, czy je obserwujesz? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często |
| 3. Czy Twoje dziecko uśmiecha lub śmieje się patrząc na ciebie? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często |
| 4. Kiedy patrzysz i wskazujesz na zabawkę po drugiej stronie pokoju, czy Twoje dziecko patrzy na nią? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często |

Komunikacja

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 5. Czy Twoje dziecko informuje cię, że potrzebuje pomocy lub chce mieć przedmiot poza jego zasięgiem? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często |
| 6. Kiedy nie zwracasz uwagi na swoje dziecko, czy stara się ono zwrócić twoją uwagę? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często |
| 7. Czy Twoje dziecko stara się cię rozśmieszyć? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często |
| 8. Czy Twoje dziecko próbuje skłonić cię do zauważenia interesujących rzeczy - tylko po to, byś spojrział(a) na daną rzecz, a nie po to, abyś coś z nią zrobiła? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często |

Gesty

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 9. Czy Twoje dziecko podnosi przedmioty i daje je tobie? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często |
| 10. Czy Twoje dziecko pokazuje ci przedmioty, nie dając ci ich? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często |
| 11. Czy Twoje dziecko macha, by powitać inne osoby? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często |
| 12. Czy Twoje dziecko wskazuje palcem na różne przedmioty? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często |
| 13. Czy Twoje dziecko kiwa głową, aby zasygnalizować „tak”? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często |

Dźwięki

- | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| 14. Czy Twoje dziecko używa dźwięków lub słów, aby zwrócić na siebie uwagę lub poprosić o pomoc? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często | | |
| 15. Czy Twoje dziecko łączy dźwięki takie jak, <i>mama, gaga, pa pa, dada</i> ? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często | | |
| 16. Ile z poniższych dźwięków wymawia Twoje dziecko:
<i>ma, na, ba, da, ga, ka, la, ja, ta, pa</i> ? | <input type="checkbox"/> Żadne | <input type="checkbox"/> 1-2 | <input type="checkbox"/> 3-4 | <input type="checkbox"/> 5-8 | <input type="checkbox"/> ponad 8 |

Słowa

- | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 17. Jak wiele słów Twoje dziecko wymawia w sposób, który rozpoznajesz?
(takie jak <i>am am</i> na jedzenie, <i>tote</i> na kotek itp.) | <input type="checkbox"/> Żadne | <input type="checkbox"/> 1-3 | <input type="checkbox"/> 4-10 | <input type="checkbox"/> 11-30 | <input type="checkbox"/> powyżej 30 |
| 18. Czy Twoje dziecko składa dwa słowa razem (na przykład: <i>daj picciu, tata pa pa</i>)? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często | | |

Rozumienie

- | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 19. Kiedy wołasz swoje dziecko po imieniu, czy reaguje patrząc na Ciebie, lub obracając się w Twoją stronę? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często | | |
| 20. Ile różnych słów lub zwrotów dziecko rozumie bez gestów? Na przykład, jeśli powiesz "gdzie jest brzuszek", „gdzie jest mama”, „daj piłkę” lub „chodź do taty” (bez wskazywania), czy dziecko odpowiednio reaguje? | <input type="checkbox"/> Żadne | <input type="checkbox"/> 1-3 | <input type="checkbox"/> 4-1 | <input type="checkbox"/> 11-30 | <input type="checkbox"/> powyżej 30 |

Użycie przedmiotów

- | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| 21. Czy Twoje dziecko wykazuje zainteresowanie zabawą różnymi przedmiotami? | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często | | |
| 22. Ile z następujących przedmiotów Twoje dziecko używa w odpowiedni sposób: kubek, butelka, miska, łyżka, grzebień/szczotka, szczoteczka do zębów, ręcznik, piłka, zabawki: samochód, telefon. | <input type="checkbox"/> Żadne | <input type="checkbox"/> 1-2 | <input type="checkbox"/> 3-4 | <input type="checkbox"/> 5-8 | <input type="checkbox"/> ponad 8 |
| 23. Ile klocków (lub kótek) Twoje dziecko potrafi ułożyć jeden na drugim? | <input type="checkbox"/> Żadne | <input type="checkbox"/> 2 klocki | <input type="checkbox"/> 3-4 klocki | <input type="checkbox"/> 5 lub więcej | |
| 24. Czy Twoje dziecko odgrywa scenariusze w zabawie (np. karmi pluszaka, kładzie lalkę spać, wkłada figurkę do samochodu) | <input type="checkbox"/> Jeszcze nie | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Często | | |

Czy masz jakieś obawy dotyczące rozwoju dziecka?

tak

nie

Jeśli tak, proszę opisać je na odwrocie.