

Modifierad Checklista för Autism hos små barn (M-CHAT) uppföljningsintervju

** Kan användas för forskning eller kliniskt syfte, men vänligen citera eller sprid inte.

För mer information, kontakta Deborah Fein (deborah.fein@uconn.edu) eller Diana Robins (drobins@gsu.edu)

© Robins, Fein & Barton, 1999

För den svenska översättningen Almgren I, Gillberg C, Gillberg T, Nygren G, 2008

För mer information Gudrun Nygren (gudrun.m.nygren@vgregion.se)

Instruktioner för M-CHAT uppföljningsintervjun

Välj frågor baserat på M-CHAT score. Gå endast igenom de frågor för vilka föräldern indikerat beteende som visar risk för autismspektrumstörning (ASD) och/eller de som du som BVC sköterska misstänker att föräldern kanske inte har besvarat rättvisande.

Skatta intervjufrågorna på samma sätt som M-CHAT. Om en fråga skattas som ”Utfall” visar det på risk för ASD. ”Utfall” på två centrala frågor (fråga 2, 7, 9, 13, 14, 15) eller på tre totalt (vilka som helst) utgör grund för remiss till specialist. Observera att ”Utfall” på uppföljningsintervjun inte är detsamma som diagnos ASD; det indikerar ökad risk för ASD.

Observera att om BVC teamet misstänker att det kan röra sig om ASD skall barnet remitteras till specialist oavsett resultatet på M-CHAT eller M-CHAT uppföljningsintervjun.

Använd följande M-CHAT sida för att registrera resultatet efter det att intervjun är genomförd.

Bedömnings mall M-CHAT

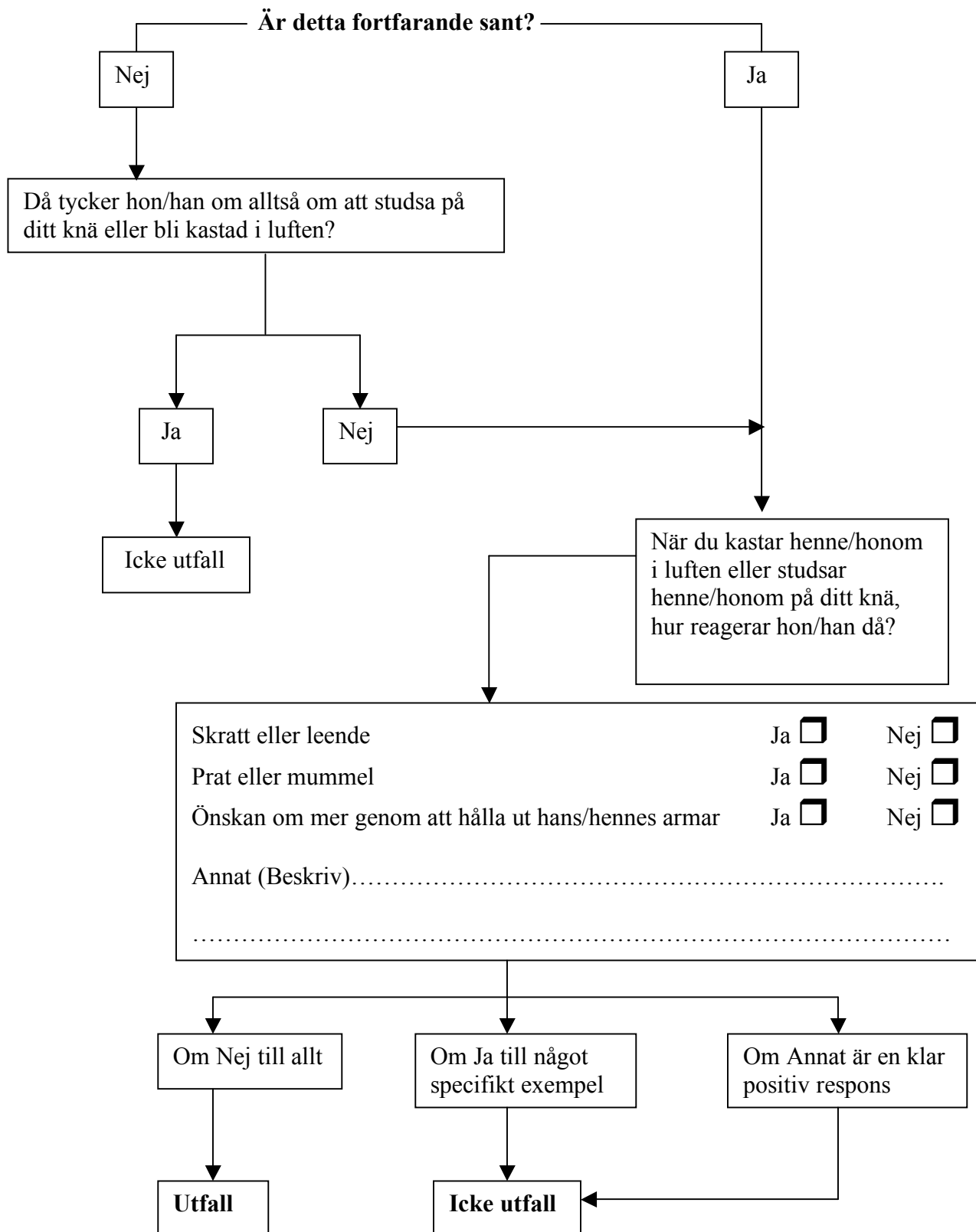
Centrala frågor är markerade i **fet stil**. Skuggade frågor anger utfallssvar. Märk att för fråga 11, 18, 20 och 22 innebär svar *ja* ett utfall. För övriga frågor gäller *nej* som utfall.

	Ja	Nej
1. Tycker ditt barn om att bli kastad i luften, eller studsa på ditt knä etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Är ditt barn intresserad av andra barn?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Tycker ditt barn om att klättra på saker, exempelvis uppför trappor?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Tycker ditt barn om att leka tittut/kurragömma?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Låtsas ditt barn någonsin, t.ex. att prata i telefon eller tar hand om en docka eller låtsas något annat?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Använder ditt barn någonsin sitt pekfinger för att peka, för att be om något?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Använder ditt barn någonsin sitt pekfinger för att peka, för att visa sitt intresse för något?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Leker ditt barn på ett vanligt sätt med små leksaker (t.ex. bilar eller klossar) utan att bara stoppa dem i munnen, pilla på dem eller tappa dem?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Tar ditt barn med saker till dig (förälder) för att visa dig något?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Tittar ditt barn dig i ögonen i mer än en sekund eller två?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Verkar ditt barn någonsin vara överkänsligt för ljud? (t.ex. håller för öronen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ler ditt barn tillbaka som svar på ditt ansiktsuttryck eller ditt leende?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Härmar ditt barn dig? (t.ex. om du gör en grimas - härmar ditt barn dig då?)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Reagerar ditt barn på sitt namn när du kallar på henne/honom?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. Om du pekar på en leksak tvärs över rummet, tittar ditt barn på leksaken då?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Kan ditt barn gå?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Tittar ditt barn på de saker som du tittar på?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18. Gör ditt barn ovanliga fingerrörelser nära sitt ansikte?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Försöker ditt barn få din uppmärksamhet på sin egen aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20. Har du någonsin undrat om ditt barn är dövt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Förstår ditt barn vad folk säger?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22. Stirrar ditt barn ibland ut i luften eller irrar omkring planlöst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tittar ditt barn på ditt ansikte för att undersöka din reaktion när barnet möter något främmande?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

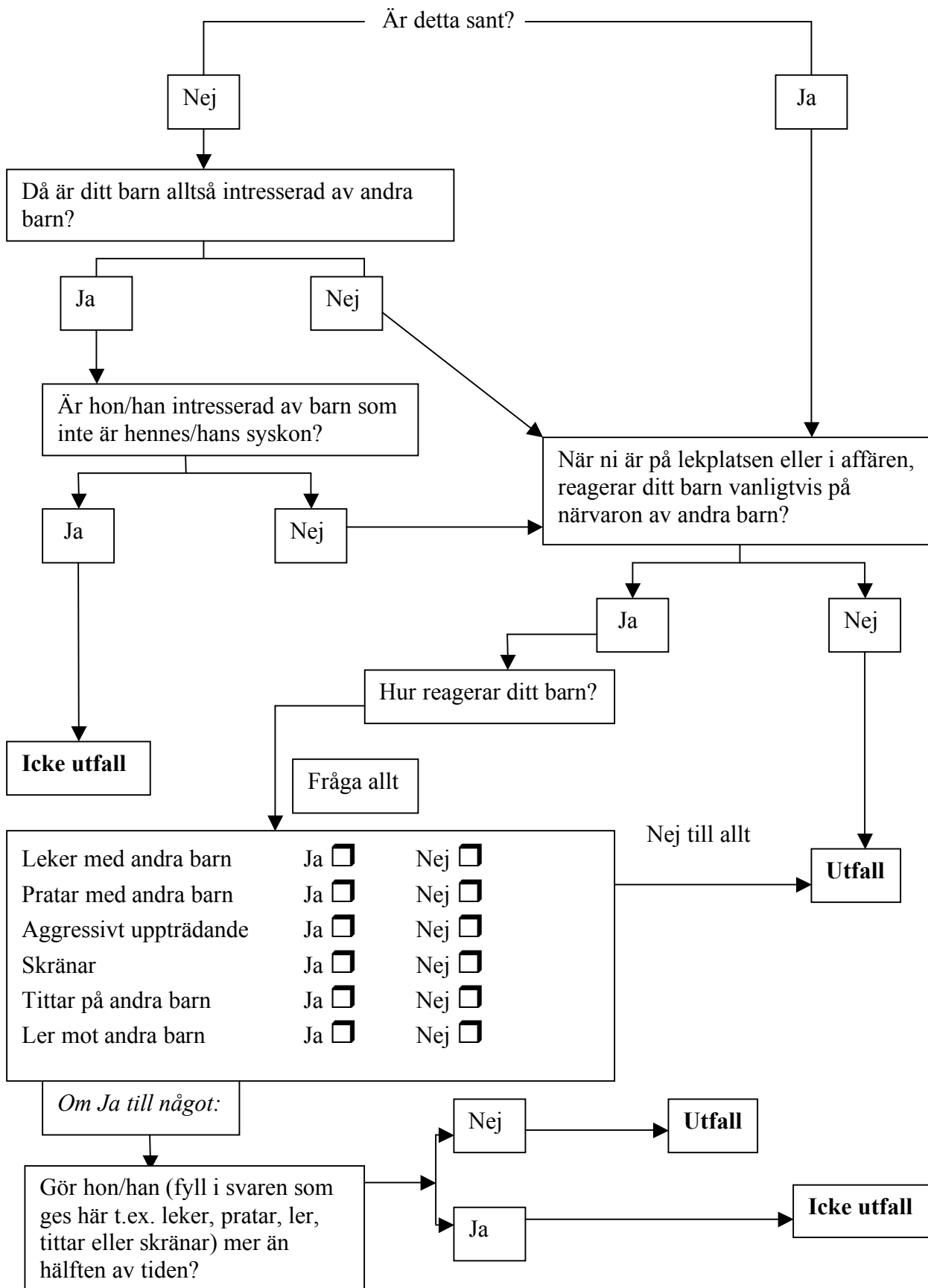
Centrala svar:

Totala svar:

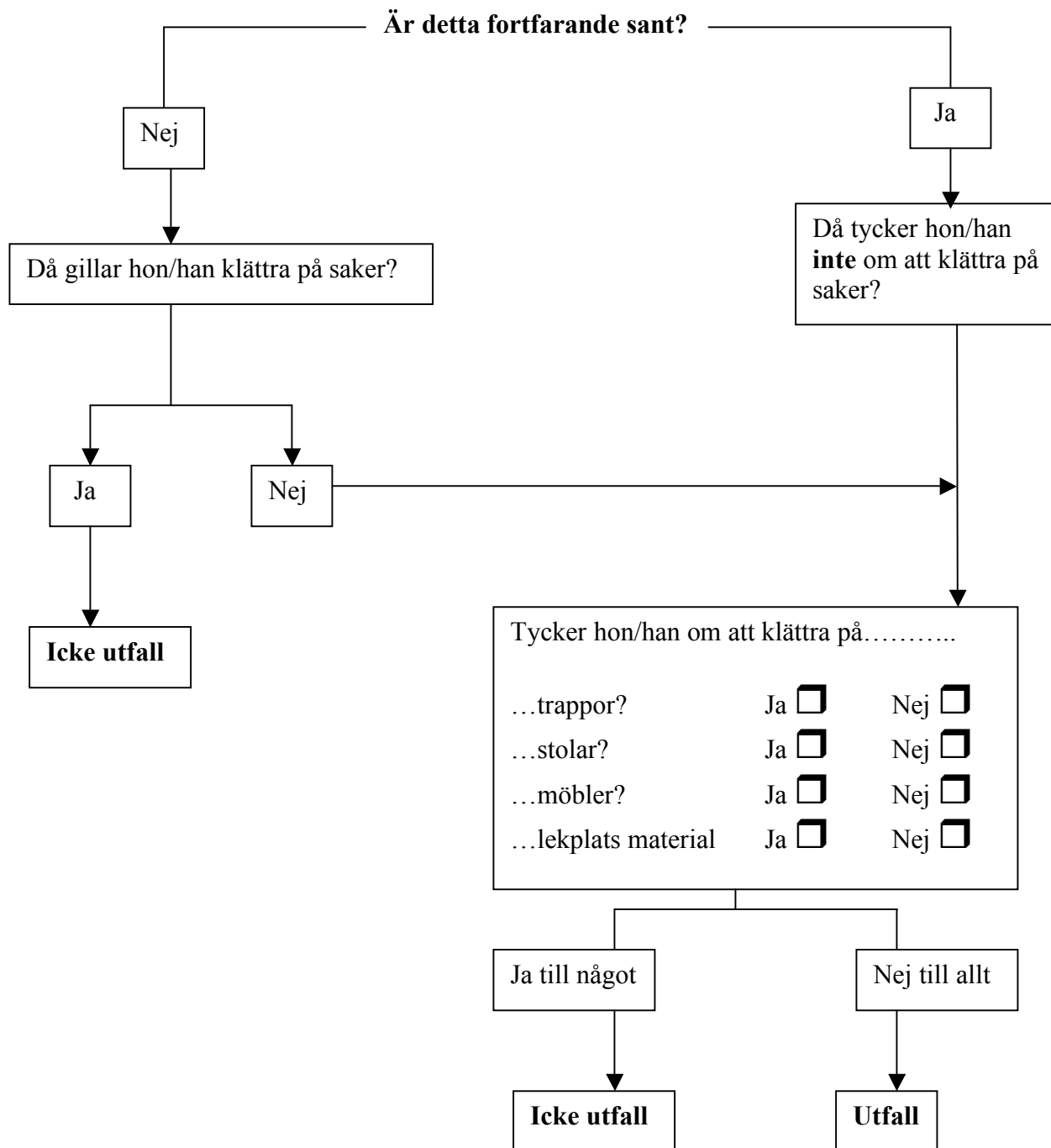
1. Du rapporterade att _____ inte tycker om att bli kastad i luften, studsas på ditt knä, etc.



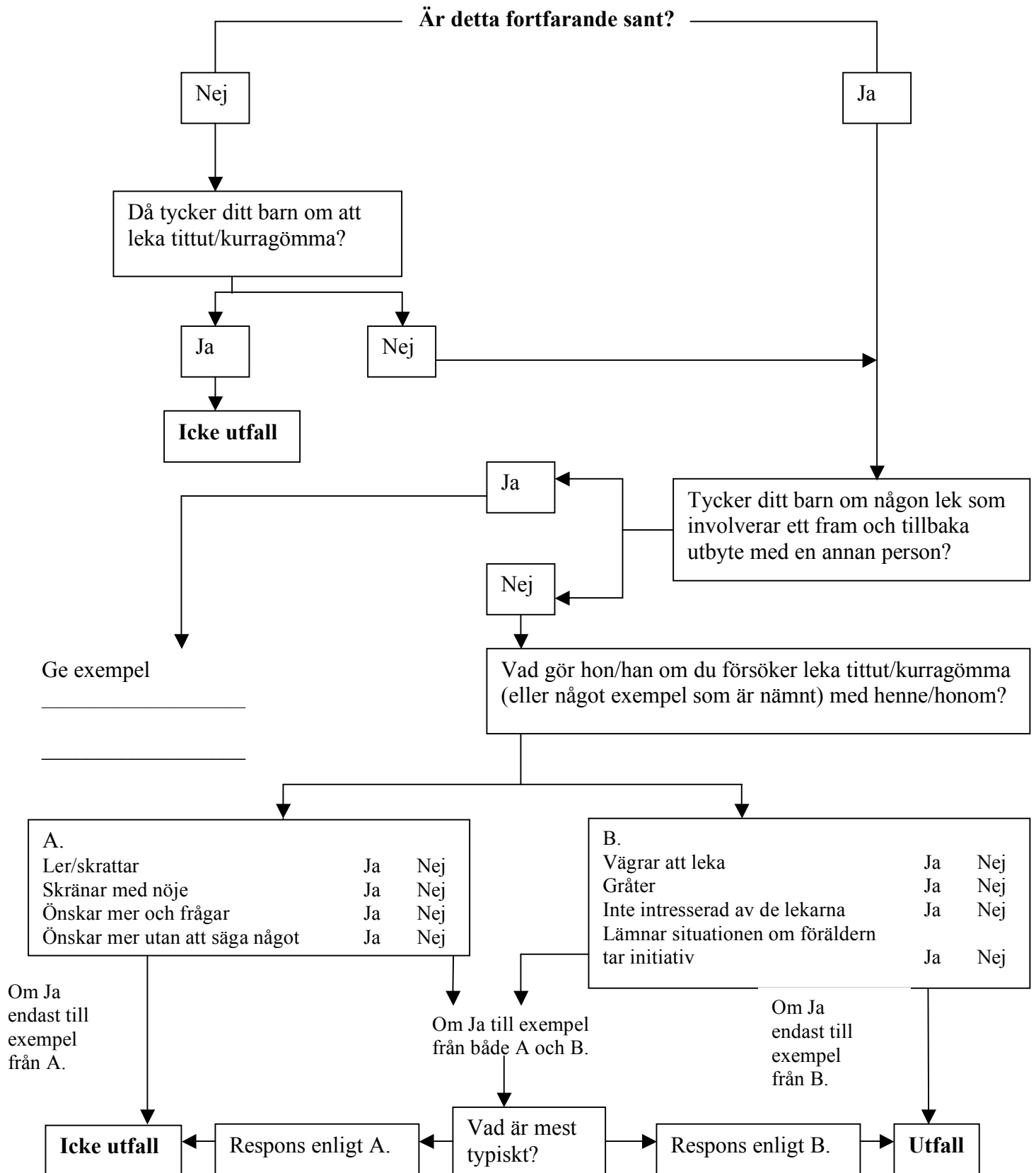
2. Du rapporterade att _____ inte är intresserad av andra barn. (Central)



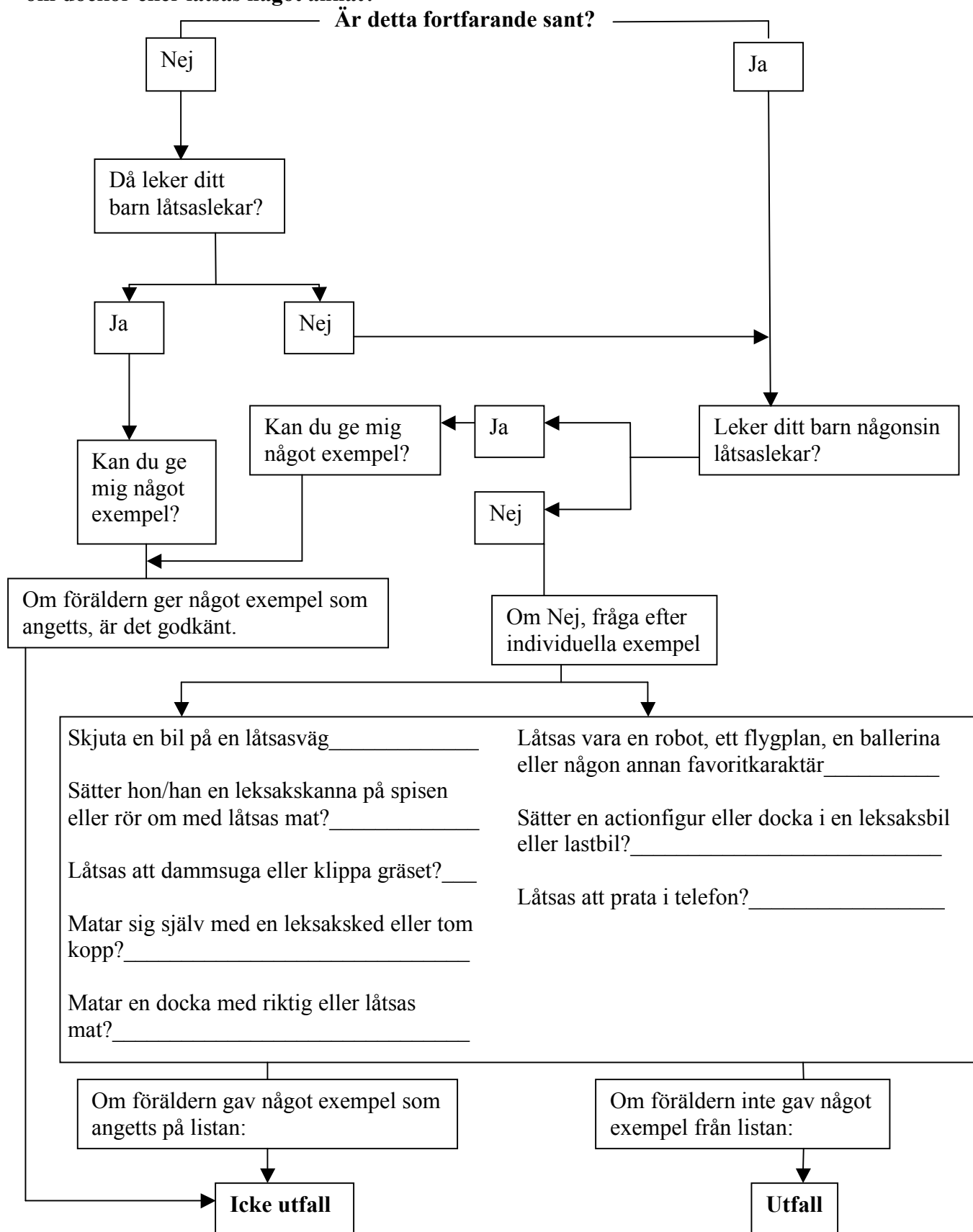
3. Du rapporterade att _____ inte tycker om att klättra på saker, exempelvis uppför trappor.



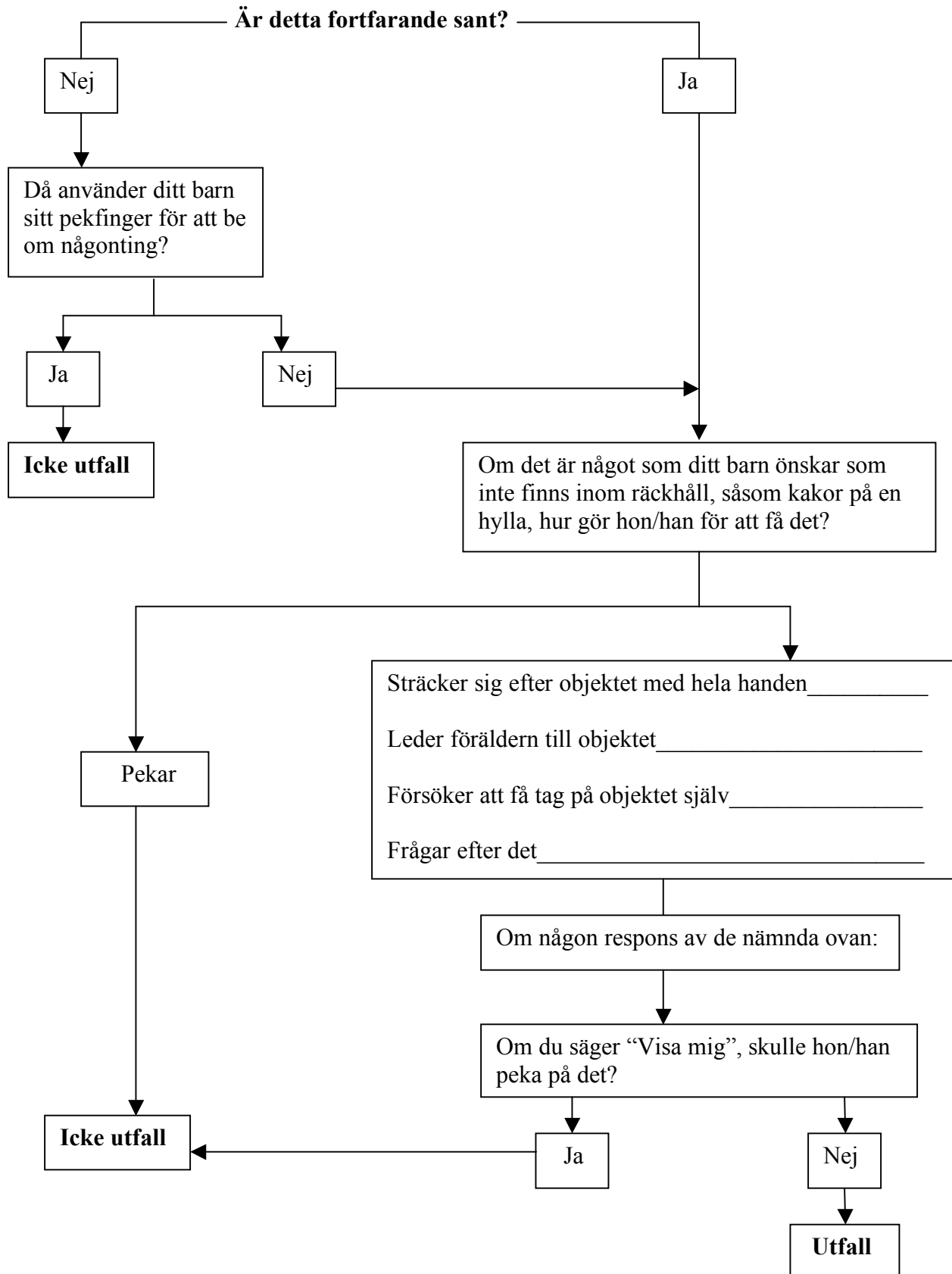
4. Du rapporterade att _____ inte tycker om att leka tittut/kurragömma.



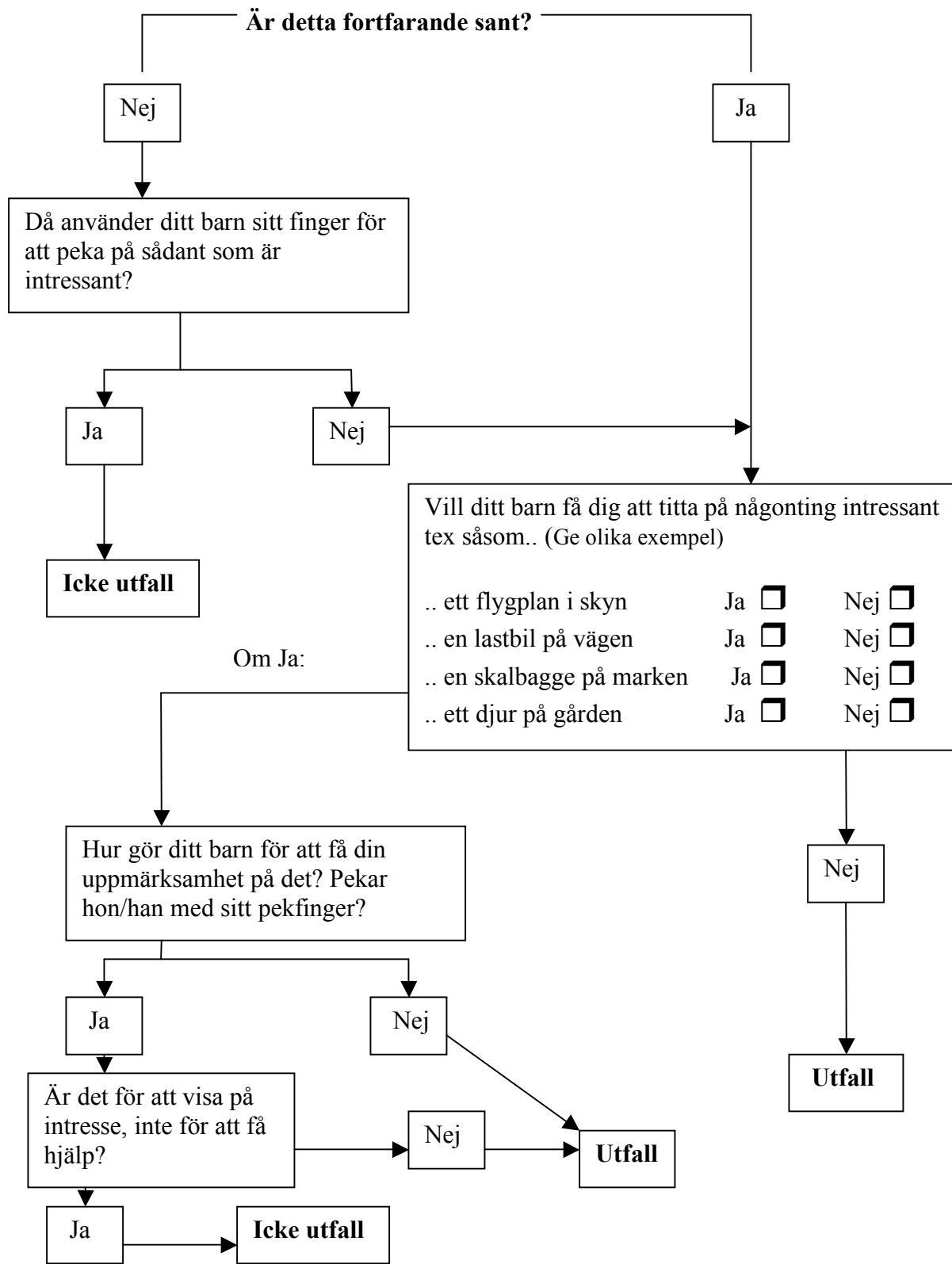
5. Du rapporterade att _____ inte någonsin låtsas, t.ex. att prata i telefon eller tar hand om dockor eller låtsas något annat?



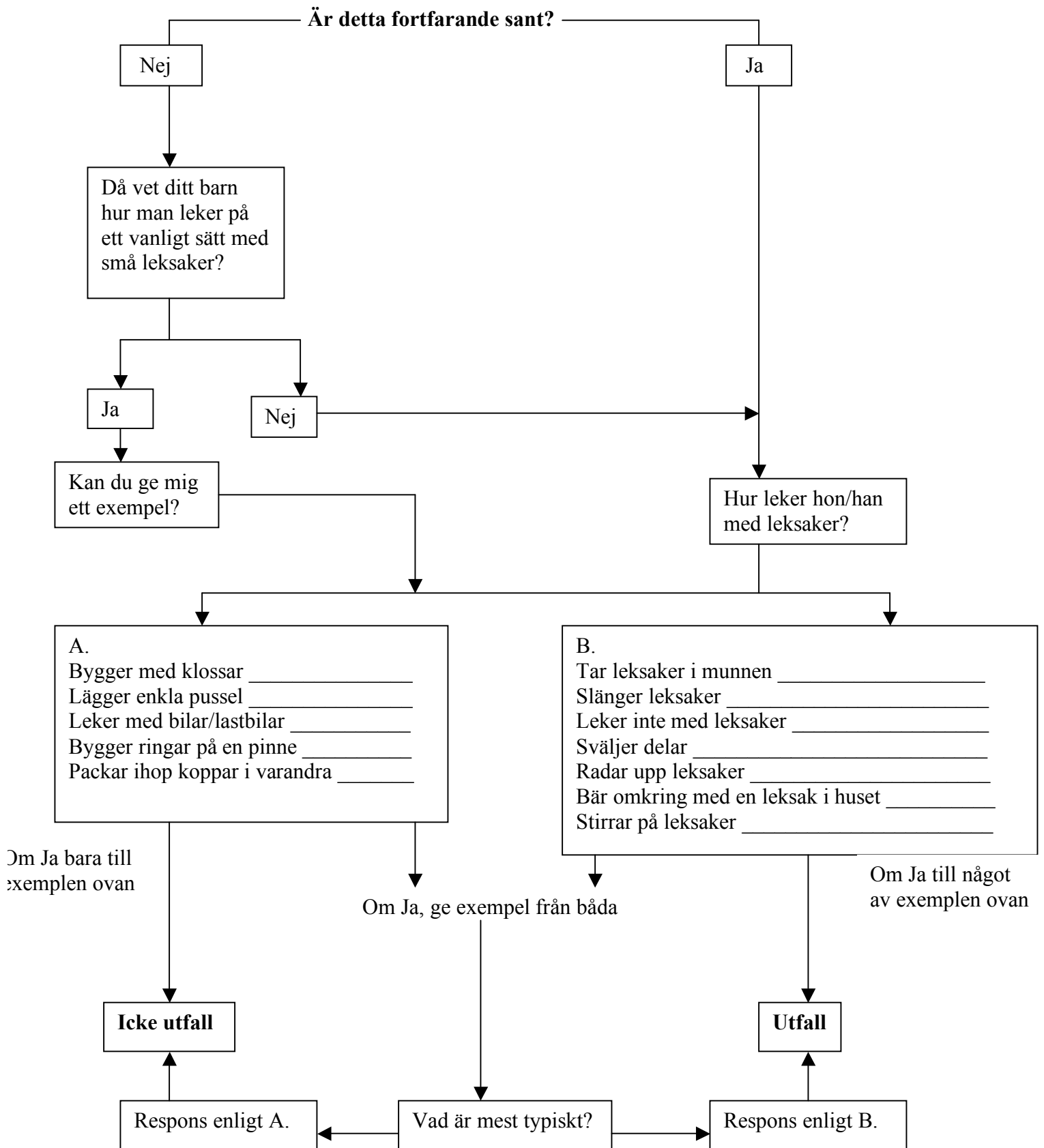
6. Du rapporterade att _____ inte använder sitt pekfinger för att peka, för att be om något.



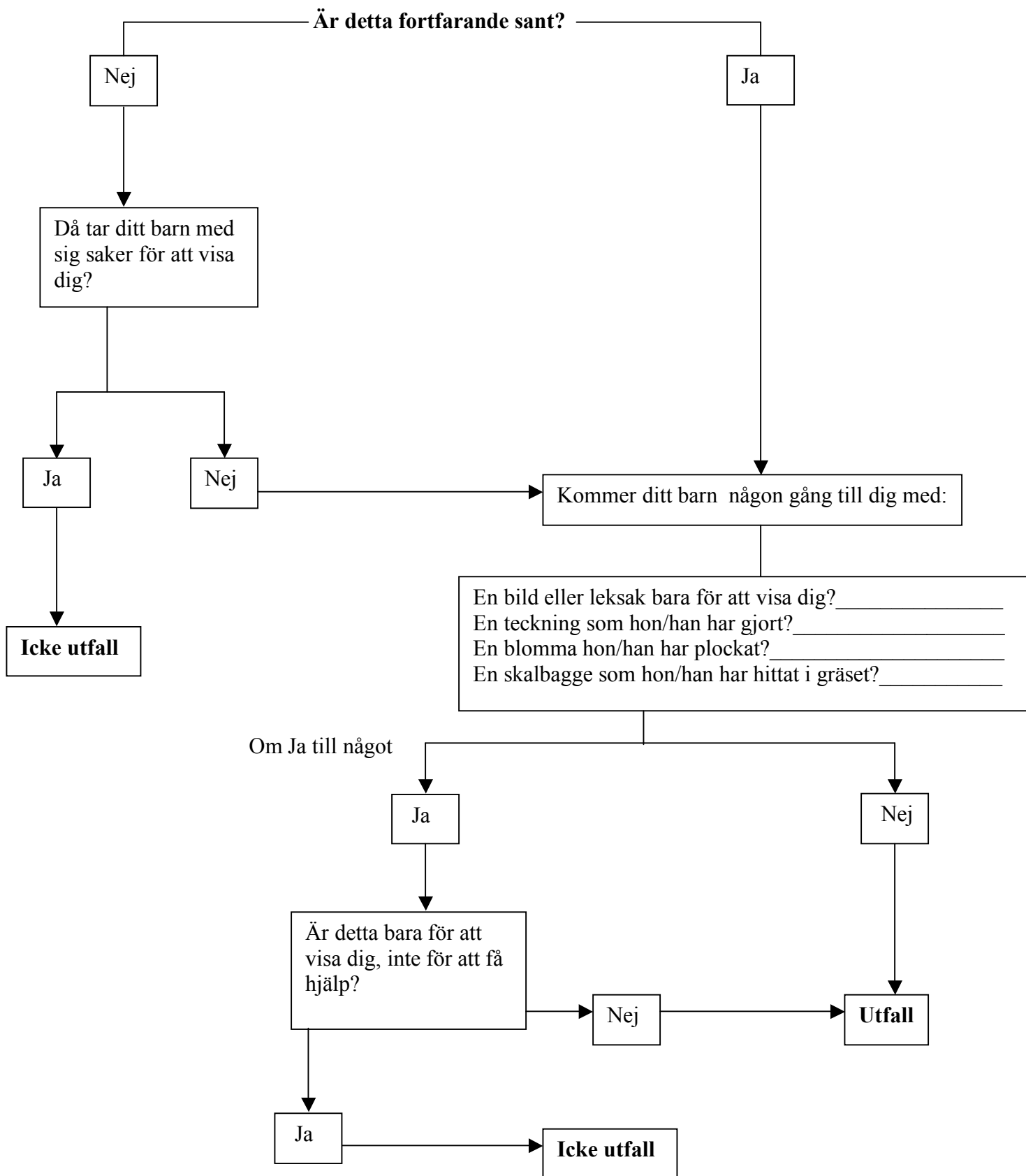
7. Du rapporterade att _____ inte använder sitt pekfinger för att peka, för att visa sitt intresse för något. (Central)



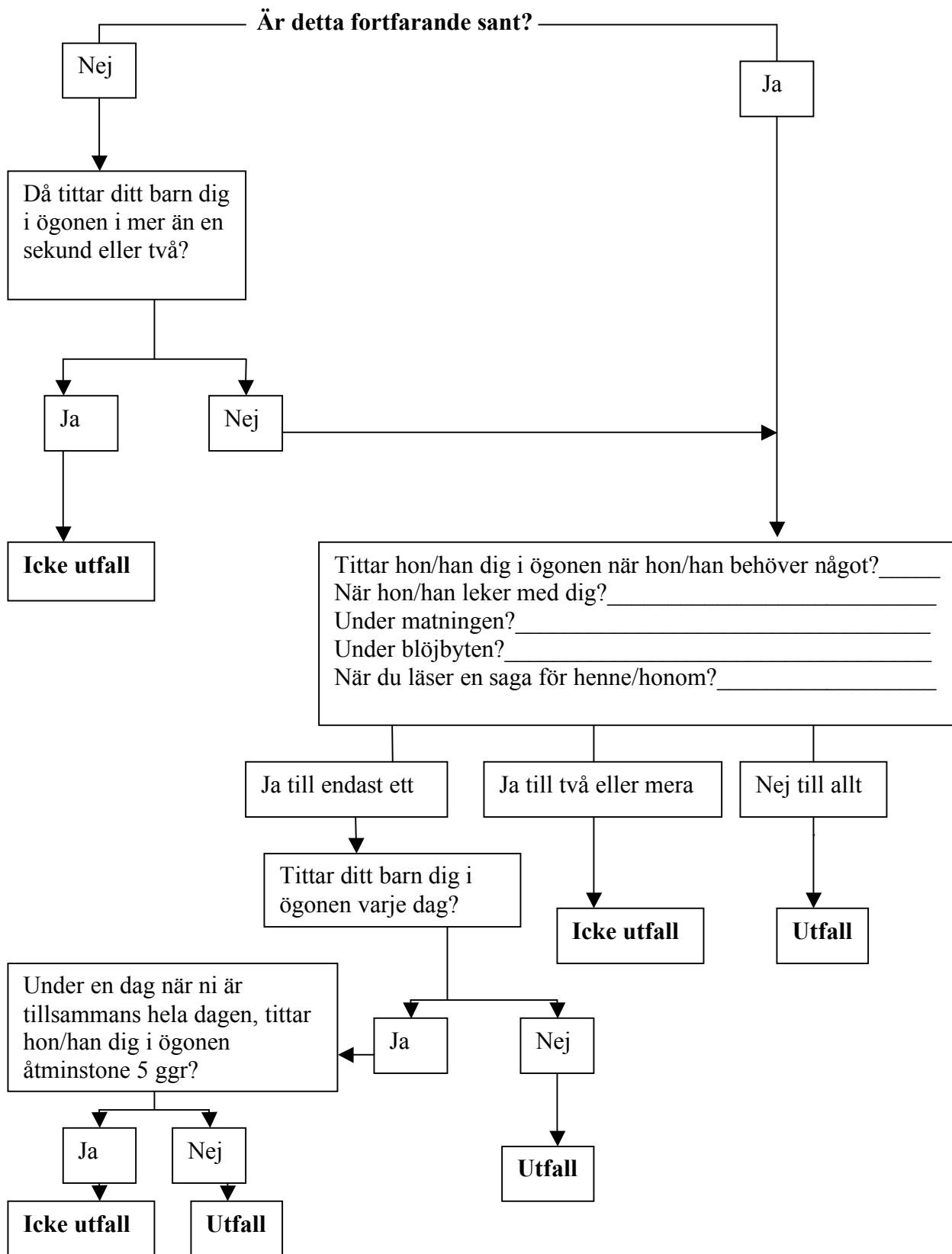
8. Du rapporterade att _____ inte leker på ett vanligt sätt med små leksaker (ex. bilar eller klossar) utan att bara stoppa dem i munnen, fumla eller tappa dem.



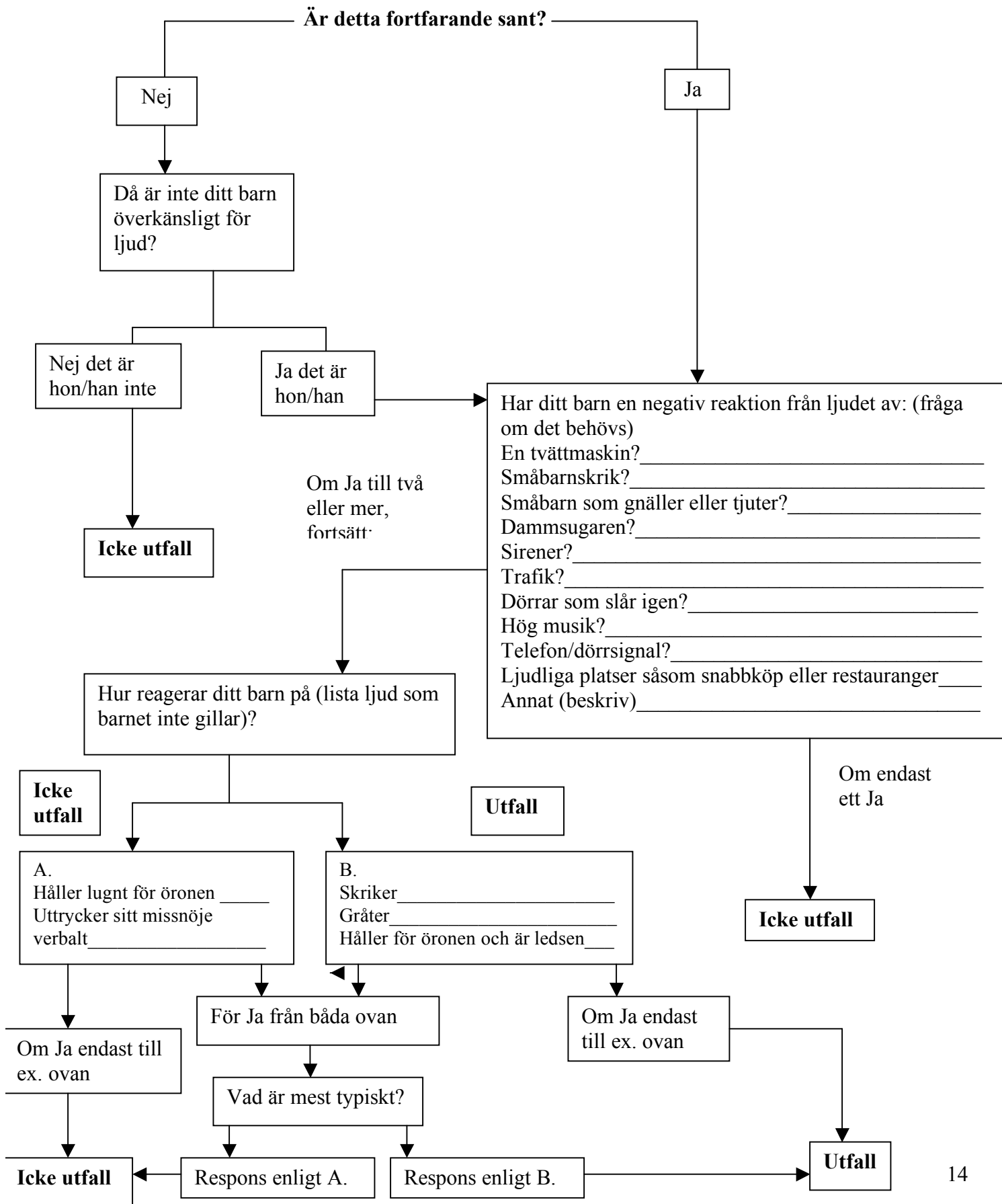
9. Du rapporterade att _____ inte tar med saker till dig (förälder) för att visa dig något. (Central)



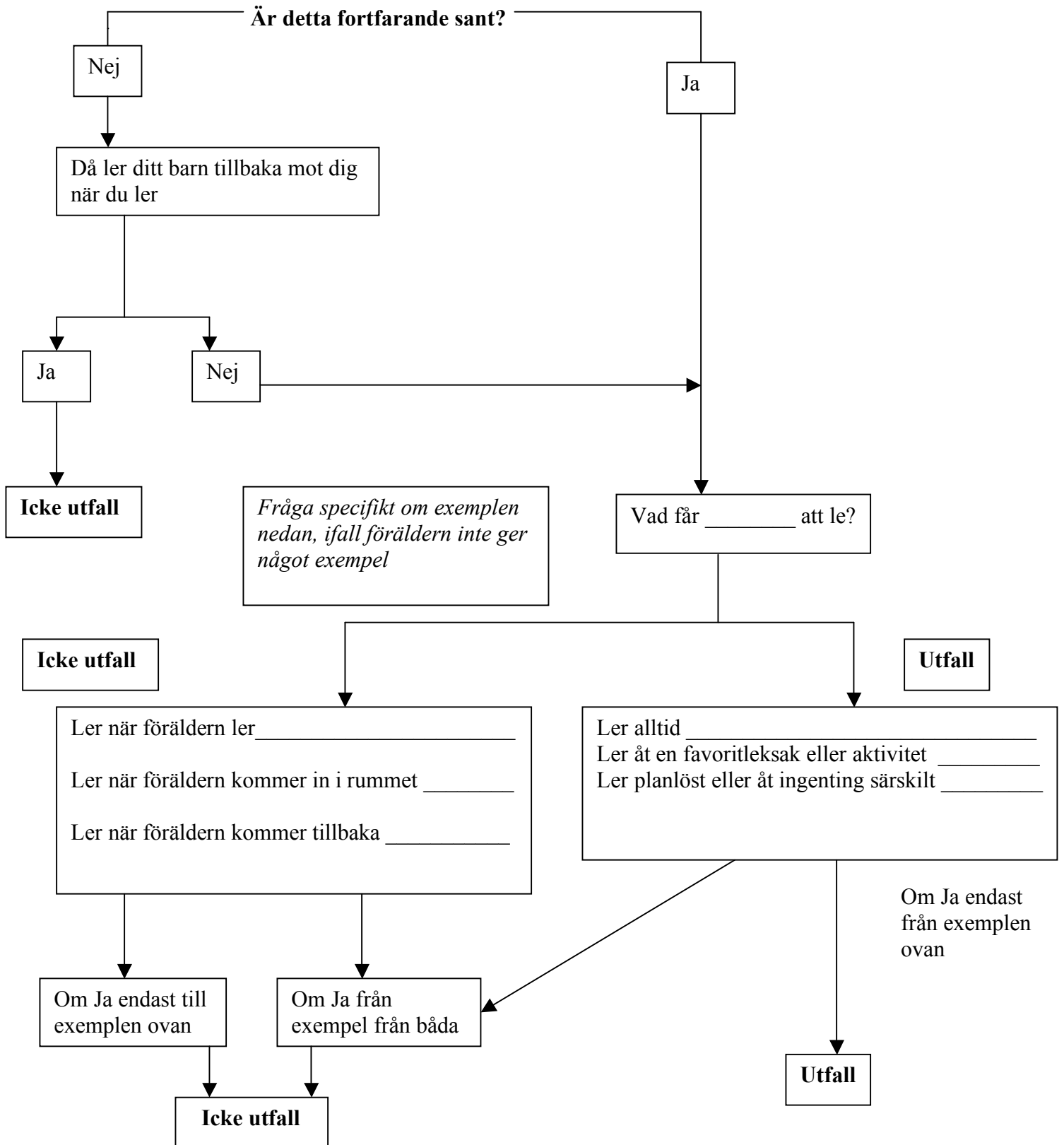
10. Du rapporterade att _____ inte tittar dig i ögonen i mer än en sekund eller två?



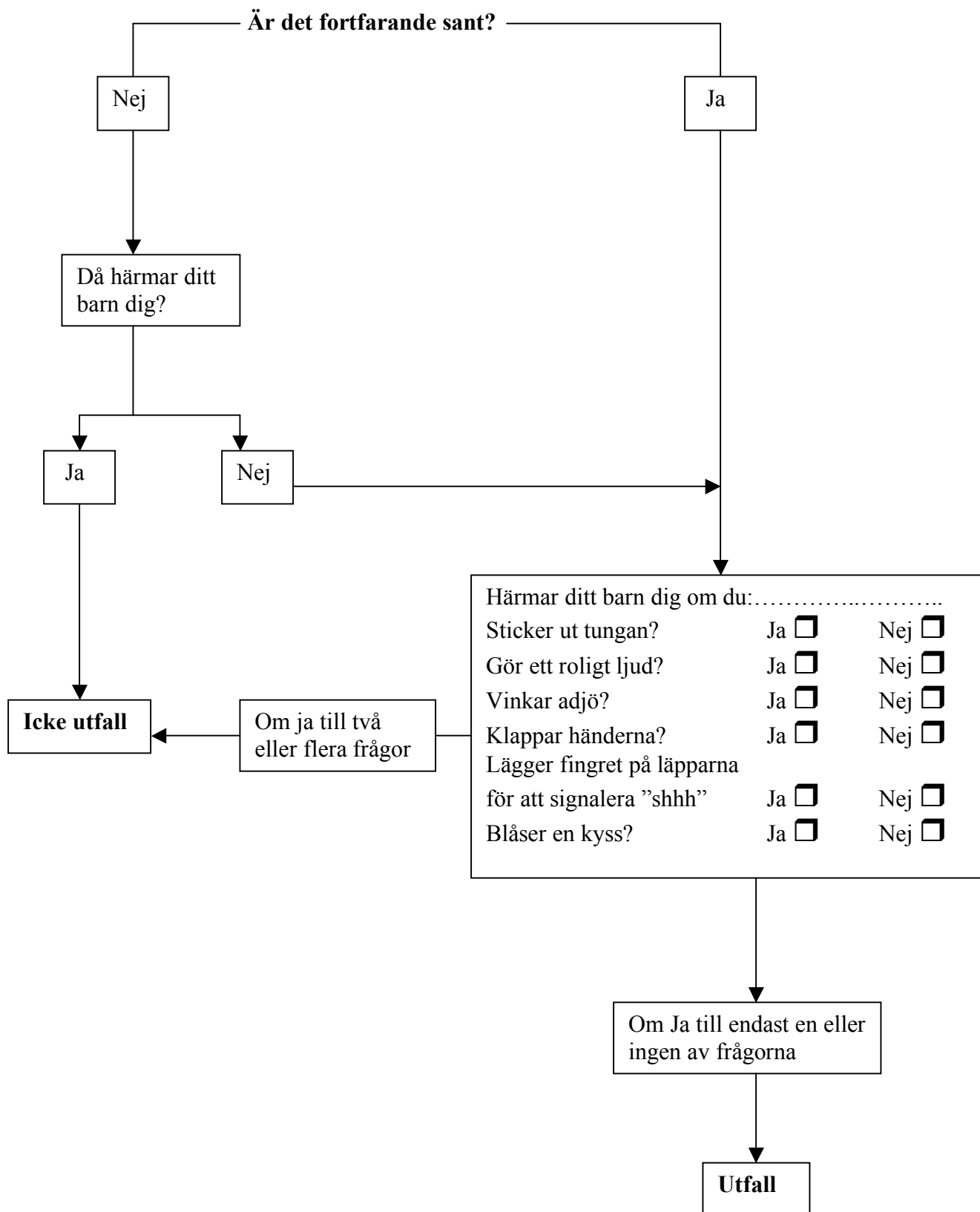
11. Du rapporterade att _____ ibland verkar överkänslig för ljud.



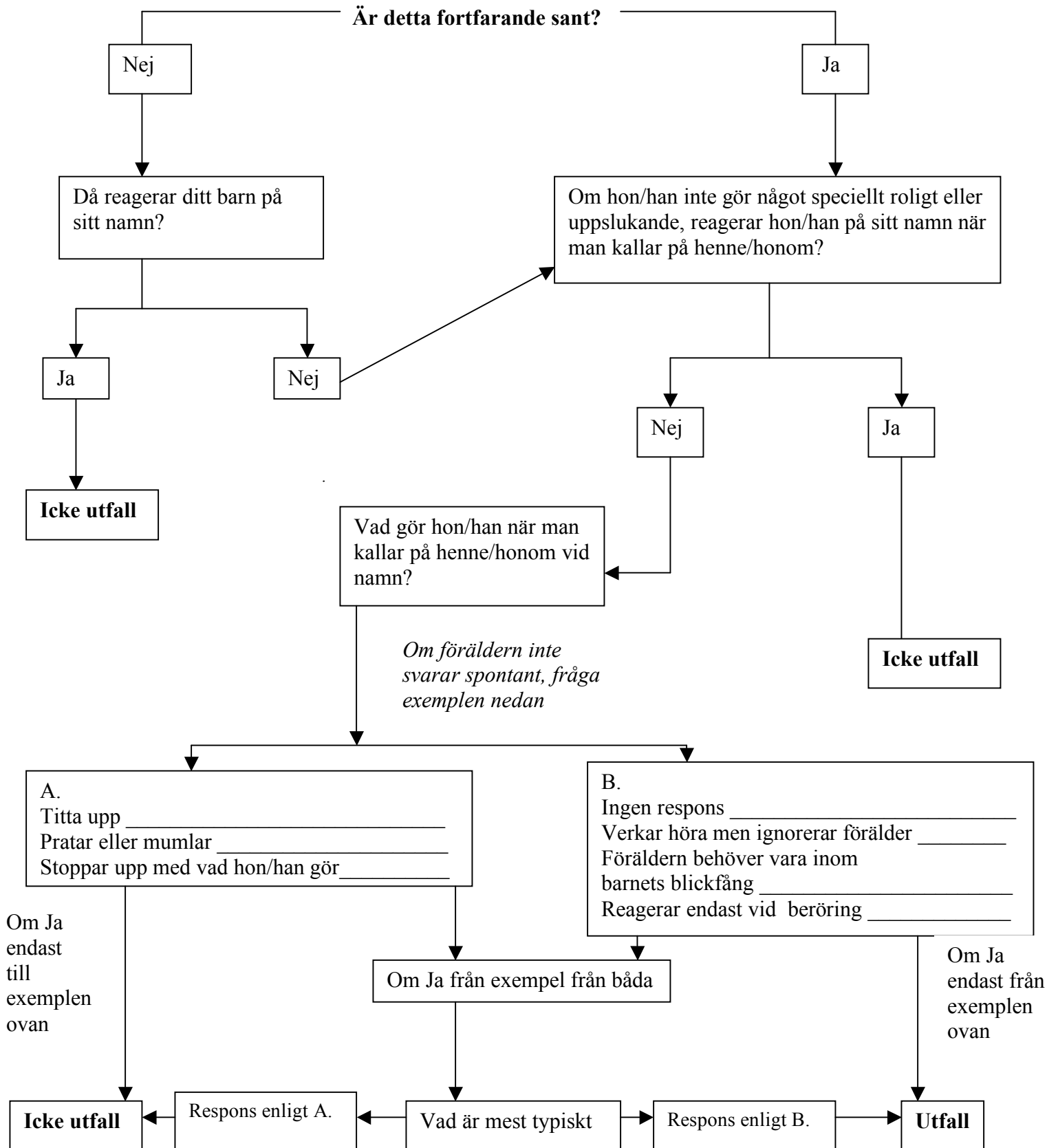
12. Du rapporterade att _____ inte ler tillbaka mot dig när du ler.



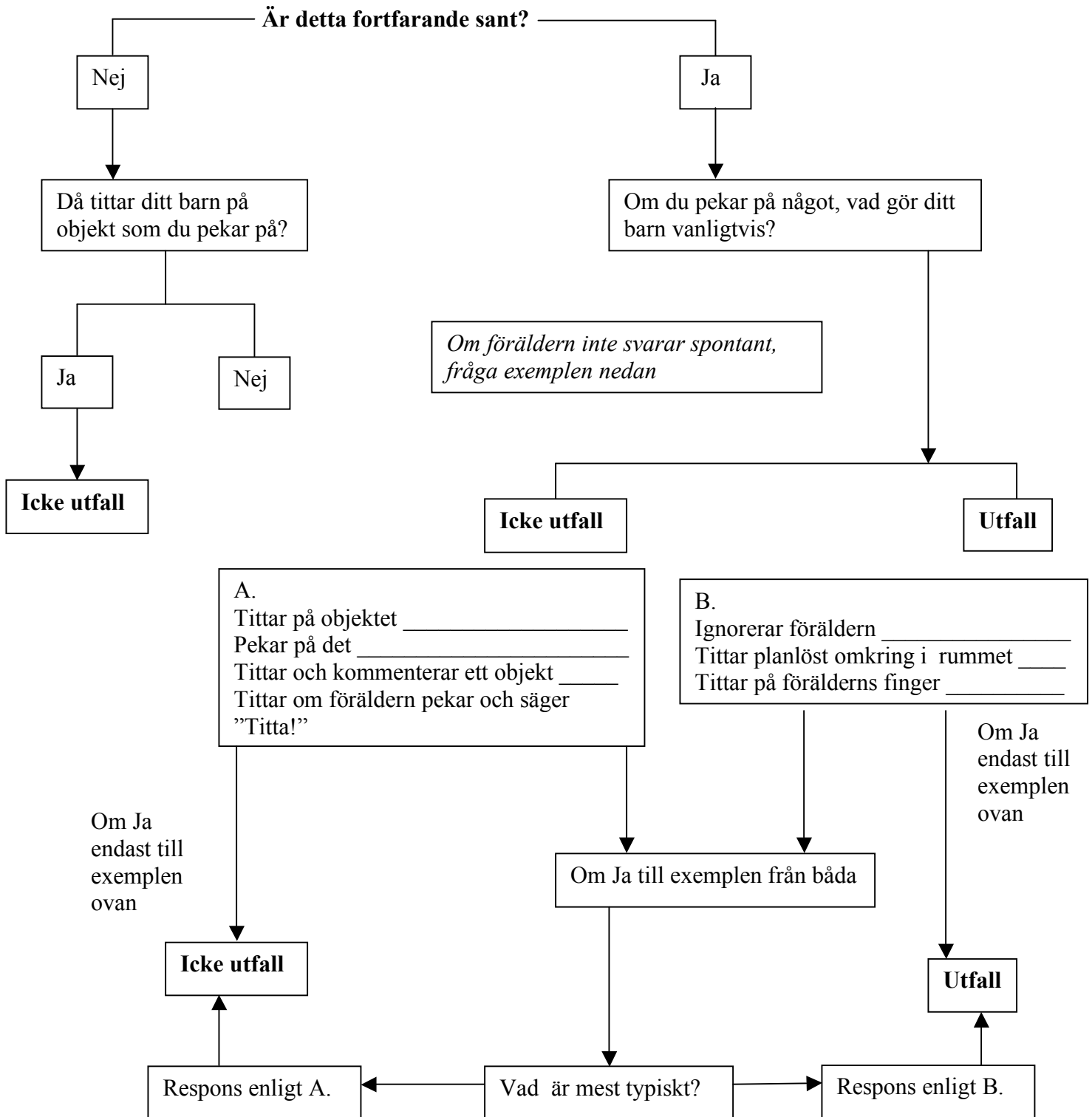
13. Du rapporterade att _____ inte vanligtvis härmar dig. (Central)



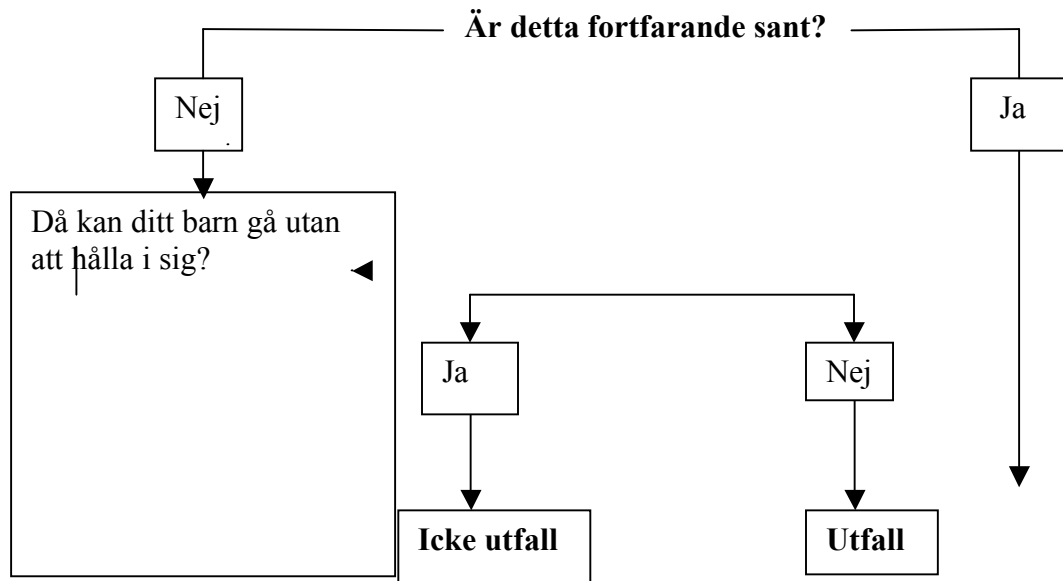
14. Du rapporterade att _____ inte reagerar på sitt namn när någon kallar på henne/honom. (Central)



15. Du rapporterade att om du pekar på en leksak tvär över rummet tittar inte _____ på det.
(Central)

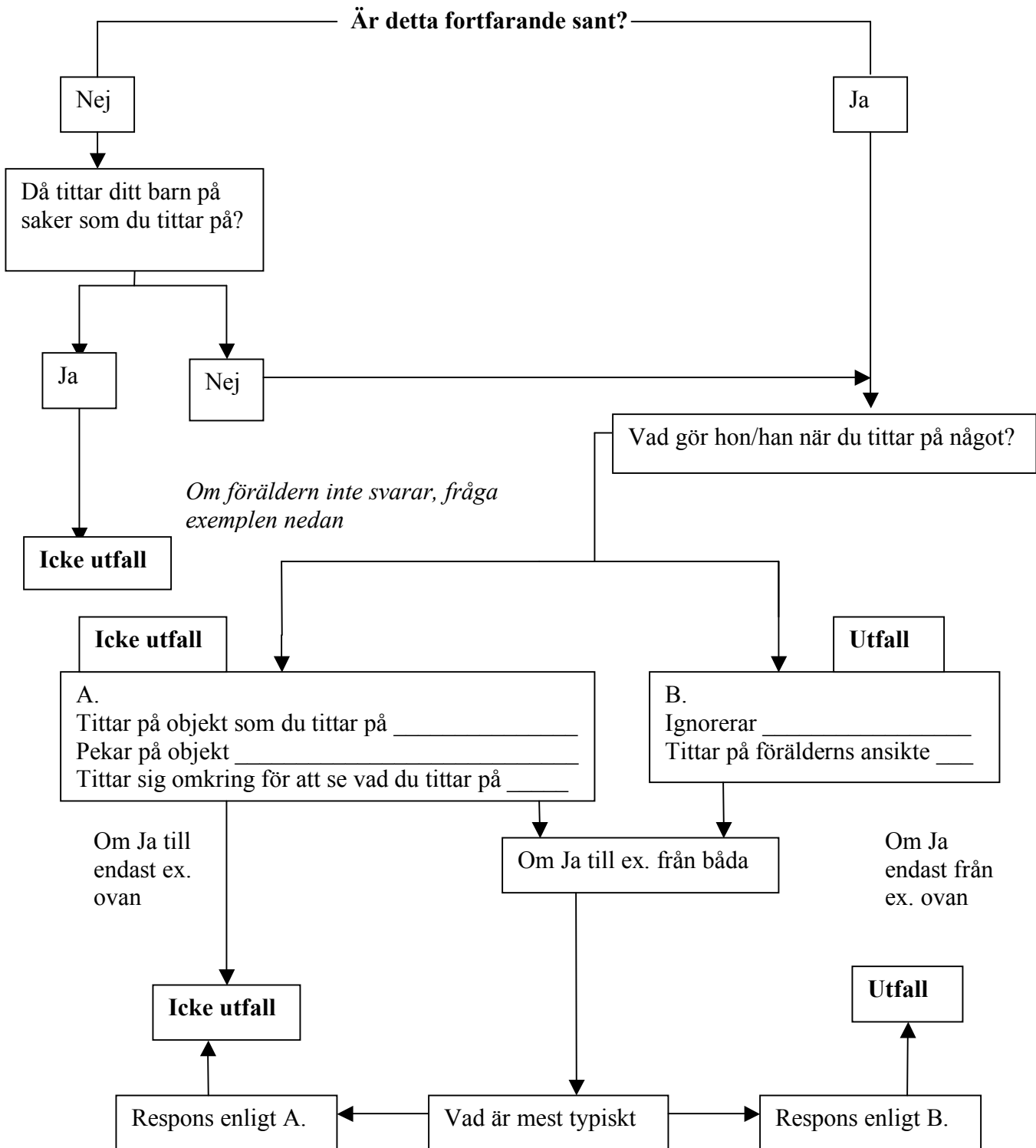


16. Du rapporterade att ditt barn inte kan gå?



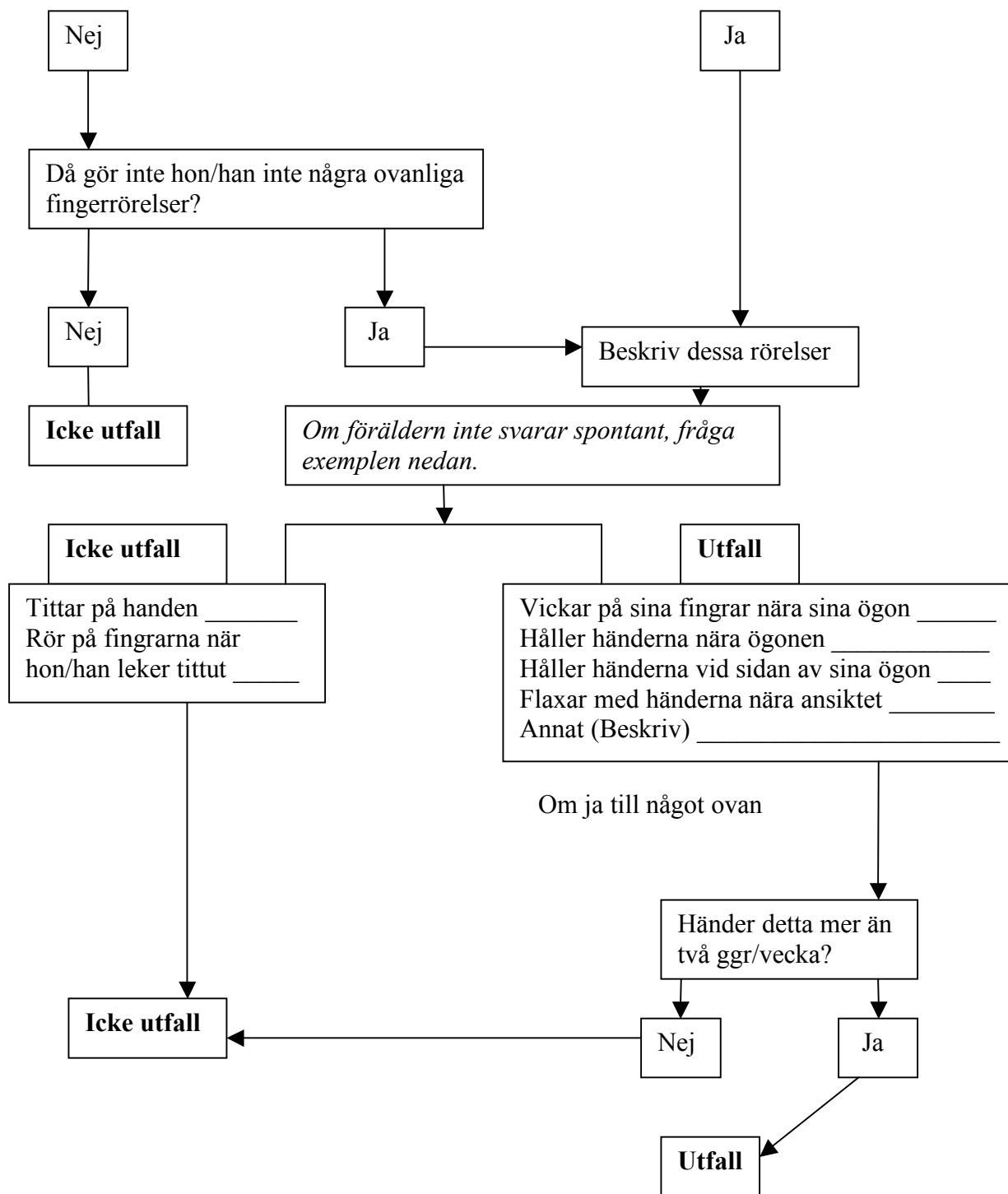
Utfall

17. Du rapporterade att _____ inte tittar på saker som du tittar på.

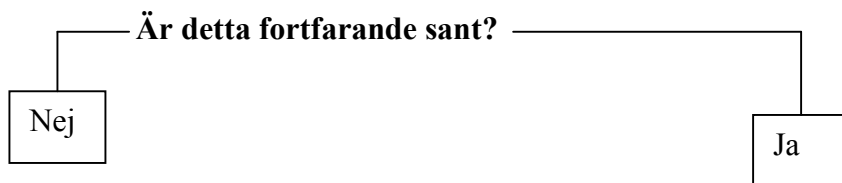


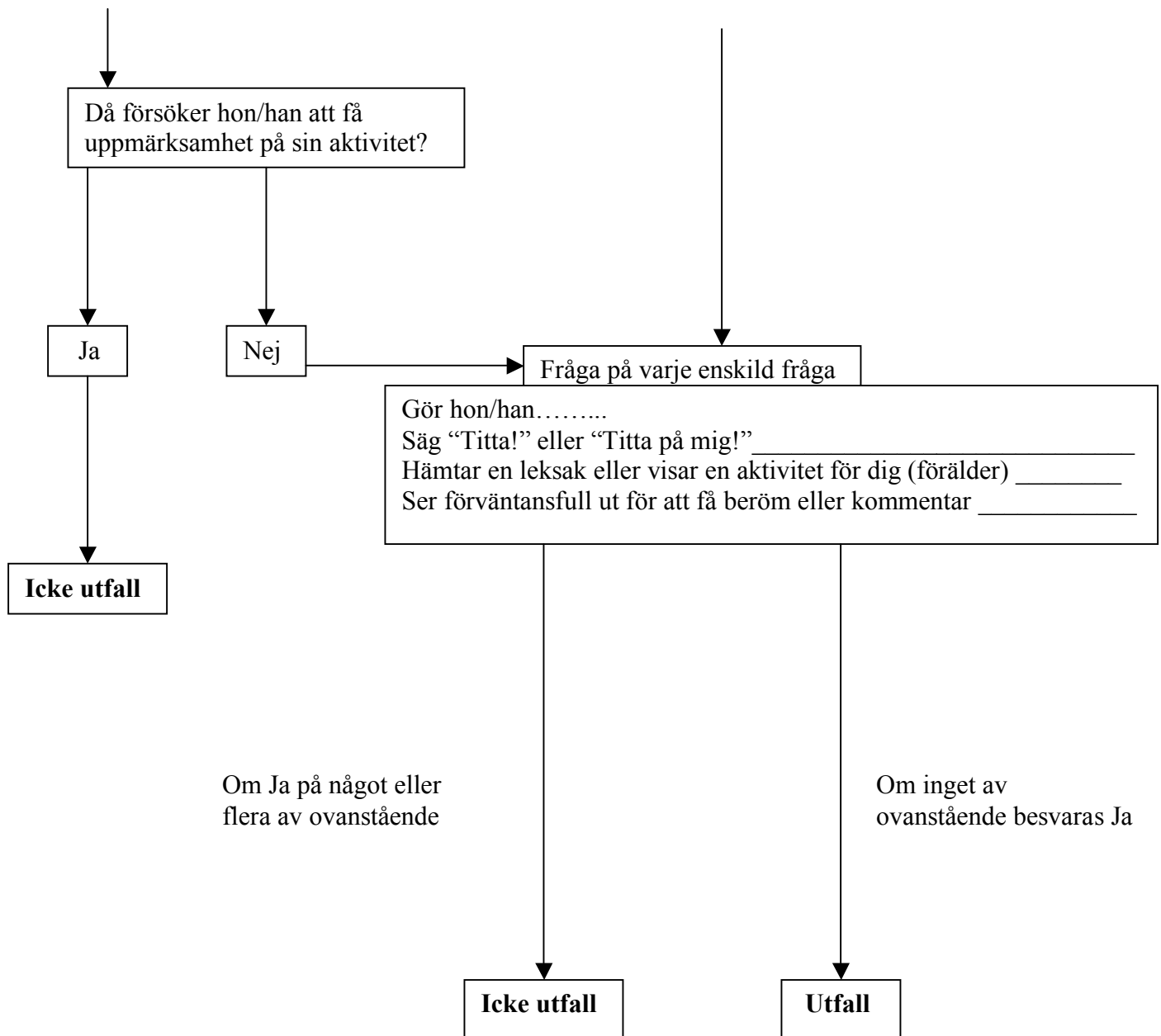
18. Du rapporterade att _____ gör ovanliga fingerrörelser nära sitt ansikte.



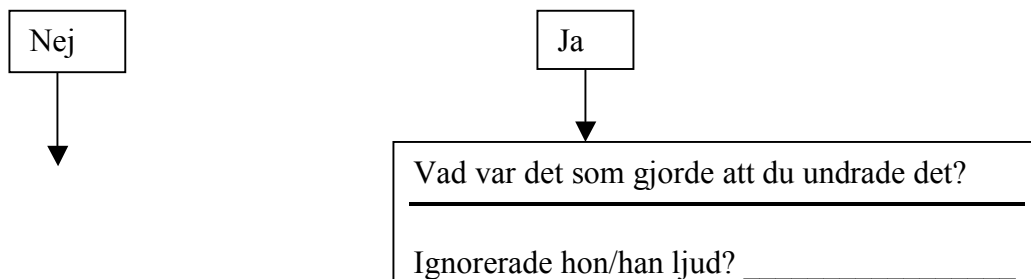


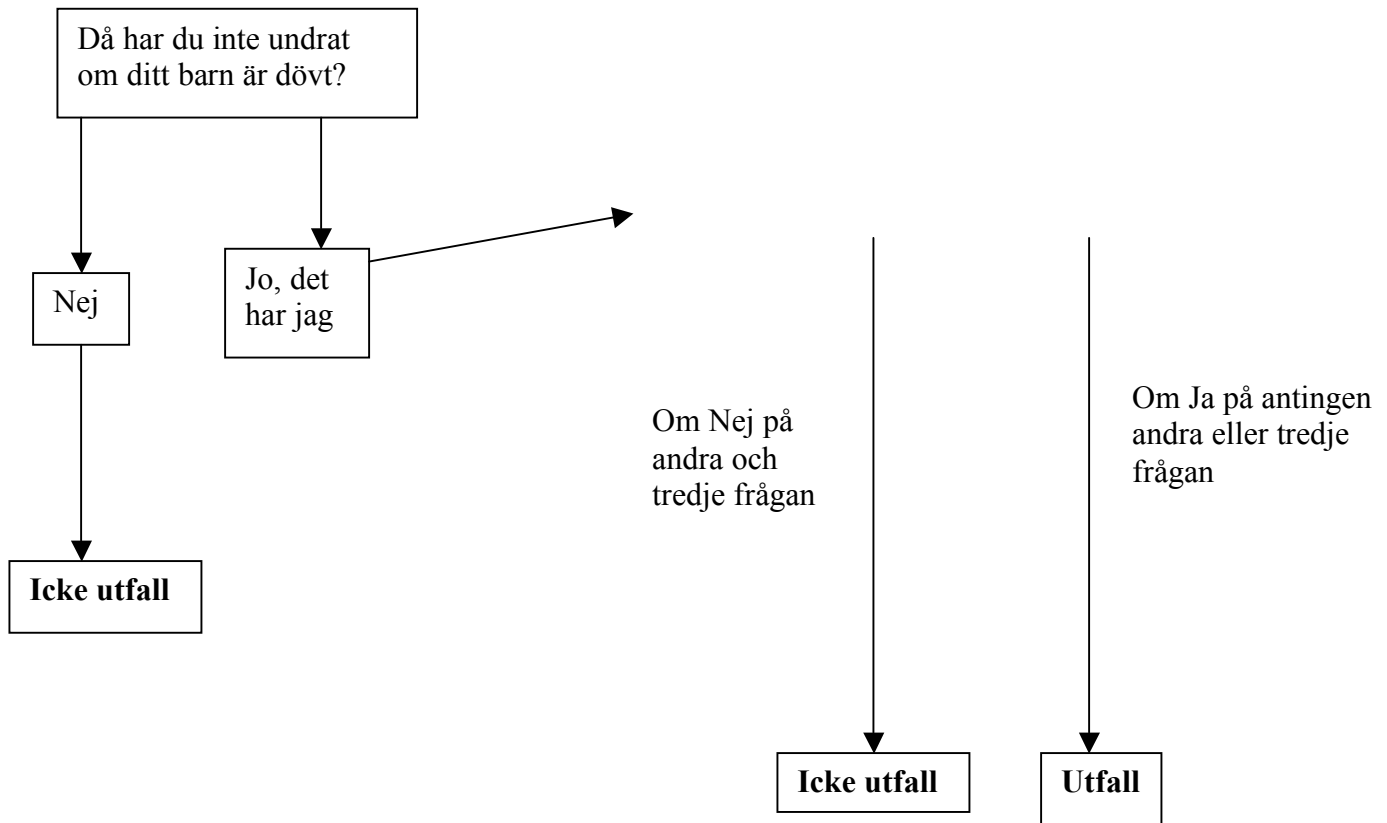
19. Du rapporterade att _____ inte försöker få din uppmärksamhet på sin egen aktivitet.





20. Har du undrat om ditt barn är döv?





Fråga alla föräldrar:

Har ditt barns hörsel blivit testat? Om JA, vad blev det för resultat?

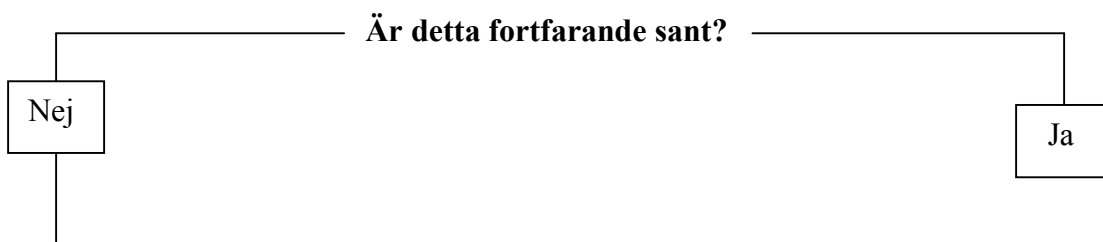
Anmärk resultat ____ Hörsel nedsatt _____ Normal hörsel _____

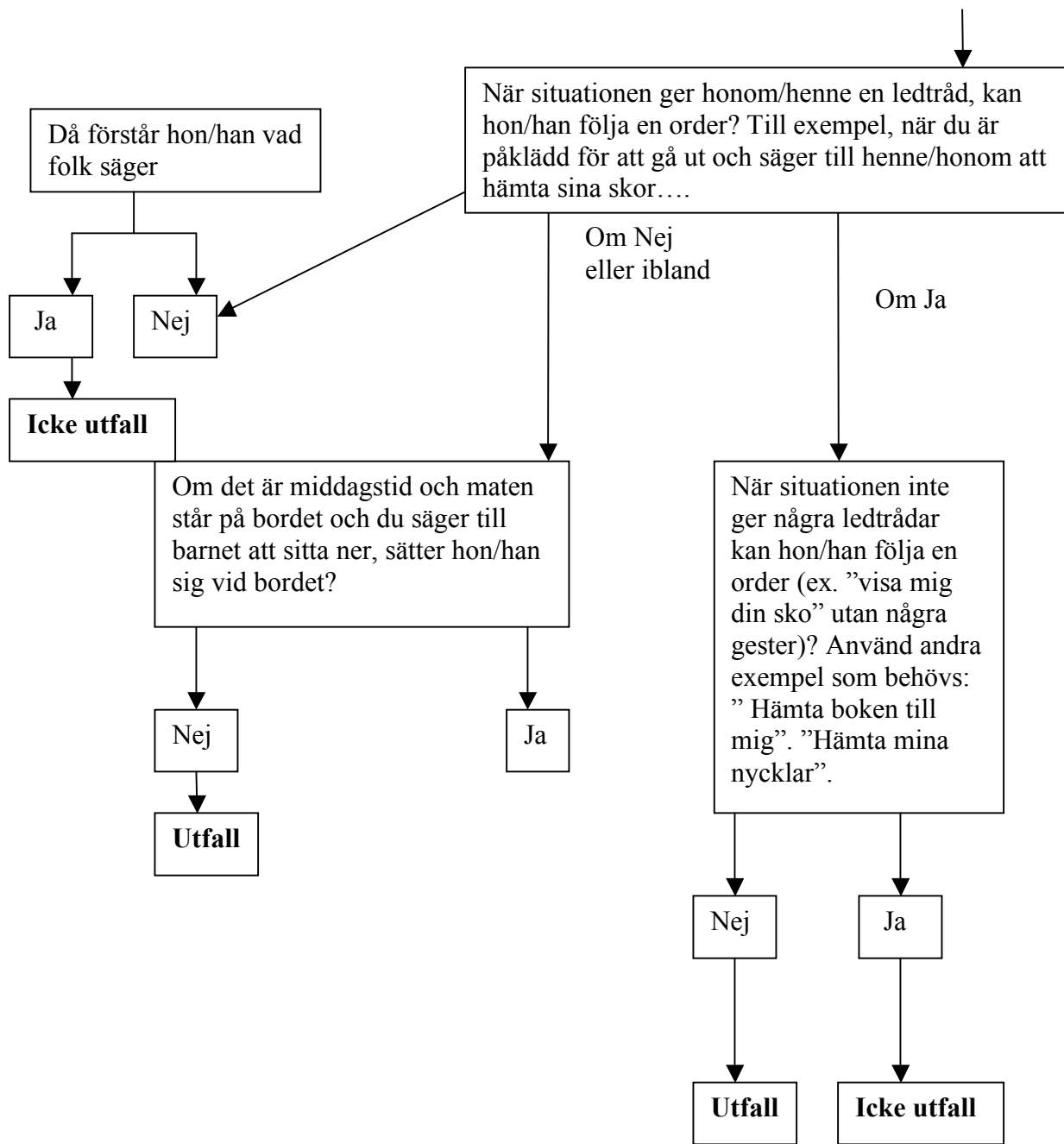
Om hörsel är nedsatt > icke utfall

Anm: Om föräldrarna rapporterar att de undrar om sitt barns hörsel bara som en del av en rutin koll > Icke utfall

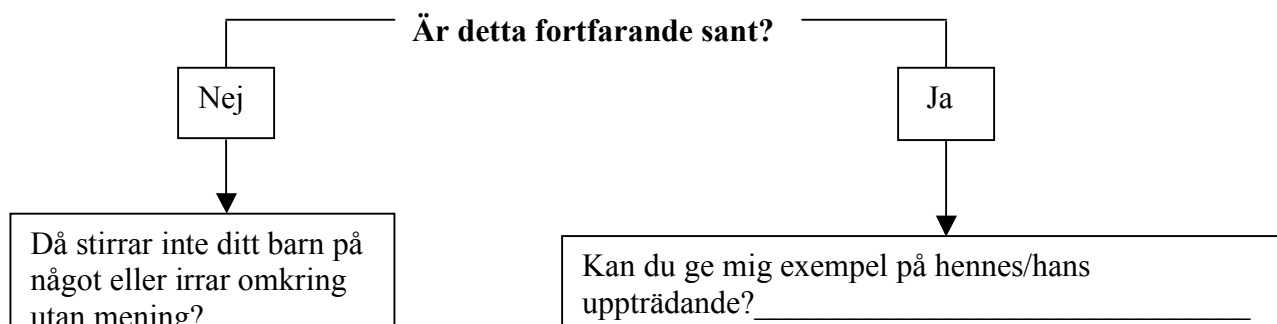
Anm: Oavsett resultatet av hörseltestet, om barnet ignorerar ljud eller människor > Utfall

21. Du rapporterade att _____ inte förstår vad folk säger.

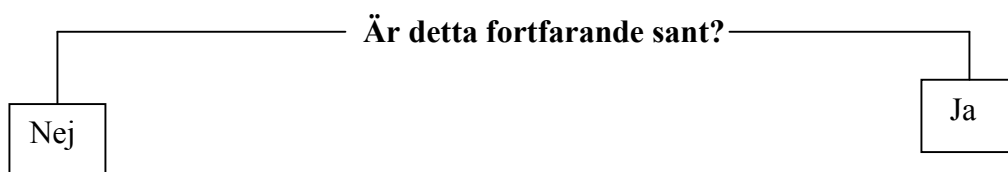




22. Du rapporterade att _____ ibland stirrar ut i luften eller irrar omkring utan mening.



23. Du rapporterade att _____ inte vanligtvis tittar på ditt ansikte för att undersöka din reaktion när barnet möter något främmande och lite skrämmande.



Då tittar hon/han på ditt ansikte för att undersöka

