

M-CHAT Föräldrafrågor

Datum: Barnavårdscentral... ..

Barnets namn födelsedatum

Var snäll och fyll i hur ditt barn **vanligen** betar sig. Försök att svara på alla frågor. Om det gäller ett beteende som är ovanligt för ditt barn (du har sett beteendet någon enstaka gång) svara som om det inte förekommer.

	Ja	Nej
1. Tycker ditt barn om att bli kastad i luften, eller studsas på ditt knä etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Är ditt barn intresserad av andra barn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tycker ditt barn om att klättra på saker, exempelvis uppför trappor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tycker ditt barn om att leka tittut/kurragömma?	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>
6. Använder ditt barn någonsin sitt pekfinger för att peka, för att fråga om något?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Använder ditt barn någonsin sitt pekfinger för att peka, för att visa sitt intresse för något?	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>
9. Tar ditt barn med saker till dig (förälder) för att visa dig något?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tittar ditt barn dig i ögonen i mer än en sekund eller två?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Verkar ditt barn någonsin överkänslig för ljud? (t.ex. håller för öronen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ler ditt barn tillbaka som svar på ditt ansiktsuttryck eller ditt leende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Härmar ditt barn dig? (t.ex. om du gör en grimas - härmar ditt barn dig då?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Reagerar ditt barn på sitt namn när du kallar på henne/honom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Om du pekar på en leksak tvärs över rummet, tittar ditt barn på leksaken då?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Kan ditt barn gå?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tittar ditt barn på de saker som du tittar på?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Gör ditt barn ovanliga fingerrörelser nära sitt ansikte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Försöker ditt barn få din uppmärksamhet på sin egen aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Har du någonsin undrat om ditt barn är dövt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Förstår ditt barn vad folk säger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Stirrar ditt barn ibland ut i luften eller irrar omkring utan mening?	<input 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 type="checkbox"/>