



Údaje nezletilého pacienta

jméno a příjmení:

datum narození:

Odpovězte prosím na následující otázky. Myslete na to, jak se dítě obvykle chová. Pokud dítě danou aktivitu provedlo několikrát, ale běžně to nedělá, odpovězte prosím ne. Zakroužkujte prosím ano nebo ne u každé otázky. Mnohokrát děkujeme.

CHOVÁNÍ, AKTIVITA	HODNOCENÍ	
1. Pokud ukážete na něco na opačné straně místnosti, podívá se na to Vaše dítě? (např. ukážete-li na hračku nebo zvířátko, podívá se na ně?)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
2. Napadlo Vás někdy, že by Vaše dítě mohlo být neslyšící?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
3. Hraje si Vaše dítě jako "na něco"? (např. předstírá, že pije z prázdného hrnku, že telefonuje, nebo předstírá, že krmí panenku či plyšové zvířátko?)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
4. Leze Vaše dítě rádo po různých věcech? (např. po nábytku, po prolézačkách na dětském hřišti, nebo po schodech.)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
5. Dělá Vaše dítě neobvyklé pohyby prsty blízko svých očí? (např. kroutí prsty v blízkosti očí?)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
6. Ukazuje Vaše dítě jedním prstem, aby požádalo o nějakou věc či o pomoc? (např. ukazuje na jídlo nebo hračku, na které nedosáhne?)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
7. Ukazuje Vaše dítě jedním prstem, aby Vás upozornilo na něco zajímavého? (např. ukazuje na letadlo na obloze nebo velké nákladní auto na silnici?)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
8. Zajímá se Vaše dítě o jiné děti? (např. sleduje jiné děti, směje se na ně nebo jde za nimi?)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
9. Nosí Vám Vaše dítě různé věci, jen aby Vám je ukázalo, nikoliv jako žádost o pomoc? (např. ukáže Vám květinu, plyšové zvířátko nebo autíčko na hraní?)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
10. Reaguje Vaše dítě, když na něj zavoláte jménem? (např. vzhledne k Vám, začne mluvit, žvatlat nebo přeruší dosavadní činnost, když na něj zavoláte jménem?)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
11. Když se na své dítě usmějete, oplátí Vám úsměv?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
12. Rozruší Vaše dítě každodenní zvuky? (např. křičí nebo pláče v reakci na zvuky jako jsou například zvuk vysavače či hlasitá hudba?)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
13. Chodí Vaše dítě?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
14. Dívá se Vám Vaše dítě do očí, když s ním mluvíte, hrajete si spolu, nebo jej oblékáte?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
15. Snaží se Vaše dítě napodobovat Vaše pohyby? (např. mává na rozloučenou, tleská nebo vydává legrační zvuky, pokud to uděláte Vy?)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
16. Pokud se podíváte nějakým směrem, rozhlíží se Vaše dítě, aby zjistilo, na co se díváte?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
17. Snaží se Vás Vaše dítě přimět, abyste se na něj dívali? (např. dívá se na Vás, když chce pochválit, nebo říká, "podívej se"?)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
18. Pochopí Vaše dítě pokyn, který mu dáte? (např. pochopí Vaše dítě pokyny jako "dej knížku na židli" nebo "přines mi deku", aniž byste na dané předměty museli ukazovat?)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
19. Pokud nastane nová situace, podívá se na Vás Vaše dítě, aby vidělo, jak na ni reagujete? (např. pokud slyší zvláštní či neznámý zvuk, nebo spatří novou hračku, podívá se Vám do obličeje?)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
20. Má Vaše dítě rádo pohybové aktivity? (např. houpete-li jej na houpačce nebo na svém klíně)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

2009 Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton

