



M-CHAT para Pais ou Responsáveis Crianças entre 18 e 24 meses

Nome do Pai/Mãe ou Responsável:

Nome da Criança:

Sexo: () F () M Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____

Data do Preenchimento: ____ / ____ / ____

Nome do aplicador: Edna da Silva Ribeiro - Pedagoga especialista em TEA e ABA.

Por gentileza, responda as perguntas abaixo sobre como seu(a) filho(a) normalmente se comporta.

Seu filho (a):

1. Gosta de balançar, de pular em seu joelho, etc.? Sim () Não ()

2. Tem interesse por outras crianças? Sim () Não ()

3. Gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis? Sim () Não ()

4. Gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou esconde-esconde? Sim () Não ()

5. Brinca de “faz-de-conta”, como fazer de conta que está falando ao telefone ou cuidando de bonecas ou outras brincadeiras de “faz-de-contas”? Sim () Não ()

6. Usa o dedo indicador dela para APONTAR E PEDIR alguma coisa? Sim () Não ()

7. Usa o dedo indicador dela para APONTAR E MOSTRAR alguma coisa de interesse dela? Sim () Não ()

8. Consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (exemplo: carros ou blocos) sem apenas colocar o brinquedo na boca, remexer no brinquedo ou jogar o brinquedo? Sim () Não ()

9. Traz objetos até você para lhe mostrar alguma coisa? Sim () Não ()

10. Olha para você nos seus olhos por mais de um ou dois segundos? Sim () Não ()

11. Se mostra hipersensível a barulho (mais incomodada que os outros), chegando a tapar os ouvidos?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
12. Sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
13. Durante uma brincadeira, se você fizer uma expressão corporal ou uma careta, o seu filho(a) imita você?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
14. Responde quando você o(a) chama pelo nome dele?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
15. Se você apontar para um brinquedo que esteja longe de seu filho(a), ele(a) olha para o brinquedo?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
16. Já sabe andar?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
17. Quando você e o seu filho(a) estão juntos, realizando alguma atividade, o seu filho(a) olha para o que você está olhando?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
18. Faz movimentos estranhos com os dedos perto do próprio rosto?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
19. Tenta atrair a sua atenção para a atividade dele(a)?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho(a) é surdo(a)?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
21. Seu filho(a) entende o que as pessoas dizem?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
22. Algumas vezes fica aéreo(a), “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
23. Olha para o seu rosto, para ver a sua reação quando vê alguma coisa diferente, não familiar?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)

TOTAL DE PONTOS:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O TEA E TRANSTONO DO NEURODESENVOLVIMENTO

- **Baixo Risco:** pontuação de 0 a 2
 - Poucas chances do paciente desenvolver o Transtorno do Espectro Autista.
- **Moderado risco:** pontuação de 3 a 7
 - Nesse caso, é importante que a história da criança seja muito bem coletada, como o início dos sintomas.
- **Alto risco:** pontuação de 8 a 20
 - Com essa pontuação, deve ser marcada uma consulta com o especialista. Com ele, será confirmado ou descartado o diagnóstico, e tomado o tratamento cabível.



M-CHAT para Educadores Crianças entre 18 e 24 meses

Nome: _____

Sexo: () F () M Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade em meses: _____

Educador (a) _____

Há quantos meses você atua com a criança? _____ Data da Avaliação: ____ / ____ / ____

Por gentileza, responda as perguntas abaixo sobre como esta criança normalmente se comporta quando você está com a criança individualmente (trocando fraldas, conversando, brincando). Caso o comportamento em questão for raro (você observou o comportamento apenas uma ou duas vezes), responda que esta criança não apresenta o comportamento em questão.

A sua criança:

1. Gosta de balançar, de pular em seu joelho, etc.? Sim () Não ()
2. Tem interesse por outras crianças? Sim () Não ()
3. Gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis? Sim () Não ()
4. Gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou esconde-esconde? Sim () Não ()
5. Brinca de “faz-de-conta”, como fazer de conta que está falando ao telefone ou cuidando de bonecas ou outras brincadeiras de “faz-de-contas”? Sim () Não ()
6. Usa o dedo indicador dela para APONTAR E PEDIR alguma coisa? Sim () Não ()
7. Usa o dedo indicador dela para APONTAR E MOSTRAR alguma coisa de interesse dela? Sim () Não ()
8. Consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (exemplo: carros ou blocos) sem apenas colocar o brinquedo na boca, remexer no brinquedo ou jogar o brinquedo? Sim () Não ()
9. Traz objetos até você para lhe mostrar alguma coisa? Sim () Não ()
10. Olha para você nos seus olhos por mais de um ou dois segundos? Sim () Não ()

11. Se mostra hipersensível a barulho (mais incomodada que os outros), chegando a tapar os ouvidos?	Sim () Não ()
12. Sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim () Não ()
13. Durante uma brincadeira, se você fizer uma expressão corporal ou uma careta, a sua criança imita você?	Sim () Não ()
14. Responde quando você a chama pelo nome dela?	Sim () Não ()
15. Se você apontar para um brinquedo que esteja longe de sua criança, ela olha para o brinquedo?	Sim () Não ()
16. Já sabe andar?	Sim () Não ()
17. Quando você e a sua criança estão juntos, realizando alguma atividade, a sua criança olha para o que você está olhando?	Sim () Não ()
18. A sua criança faz movimentos estranhos com os dedos perto do próprio rosto?	Sim () Não ()
19. Tenta atrair a sua atenção para a atividade dela?	Sim () Não ()
20. Você alguma vez já se perguntou se a sua criança é surda?	Sim () Não ()
21. A sua criança entende o que as pessoas dizem?	Sim () Não ()
22. A sua criança algumas vezes fica aérea, “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida?	Sim () Não ()
23. Olha para o seu rosto, para ver a sua reação quando vê alguma coisa diferente, não familiar?	Sim () Não ()

TOTAL DE PONTOS: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O TEA E TRANSTONO DO NEURODESENVOLVIMENTO

- **Baixo Risco:** pontuação de 0 a 2
 - Poucas chances do paciente desenvolver o Transtorno do Espectro Autista.
- **Moderado risco:** pontuação de 3 a 7
 - Nesse caso, é importante que a história da criança seja muito bem coletada, como o início dos sintomas.
- **Alto risco:** pontuação de 8 a 20
 - Com essa pontuação, deve ser marcada uma consulta com o especialista. Com ele, será confirmado ou descartado o diagnóstico, e tomado o tratamento cabível.