

M-CHAT-R™ Checklist

Per favore risponda a queste domande tenendo presente qual è il comportamento usuale del suo bambino/a. Se ha visto un certo comportamento alcune volte, ma normalmente il Suo bambino/a non si comporta in quel modo, per favore risponda “No”.

Faccia un cerchio intorno a “Sì” o “No” a fianco ad ogni domanda. Grazie molte.

1. Se Lei indica qualcosa che si trova dall'altra parte della stanza, il suo bambino/a guarda da quella parte? (PER ESEMPIO , se Lei indica un giocattolo o un animale, Suo figlio/a guarda verso il giocattolo o l'animale?)	Sì	No
2. Si è mai domandato/a se il suo bambino/a possa essere sordo/a?	Sì	No
3. Il suo bambino/a gioca a “far finta che” (gioco di finzione)? (PER ESEMPIO , fa finta di bere da una tazza vuota, o fa finta di parlare al telefono, o fa finta di dar da mangiare ad una bambola o a un peluche?)	Sì	No
4. Al suo bambino/a piace arrampicarsi sulle cose? (PER ESEMPIO , sui mobili o sugli attrezzi al parco giochi, o sulle scale?)	Sì	No
5. Il suo bambino/a fa dei movimenti <u>insoliti</u> con le dita davanti agli occhi? (PER ESEMPIO , muove le dita avanti e indietro vicino agli occhi?)	Sì	No
6. Il suo bambino/a indica con un dito per chiedere qualcosa o per chiedere aiuto? (PER ESEMPIO , indica una merendina o un gioco fuori portata?)	Sì	No
7. Il suo bambino/a indica con un dito per farle vedere qualcosa di interessante? (PER ESEMPIO , indica un aereo in cielo o un grosso camion per strada?)	Sì	No
8. Il suo bambino/a mostra interesse per gli altri bambini? (PER ESEMPIO , guarda altri bambini, sorride a loro, o va verso di loro?)	Sì	No
9. Il suo bambino/a Le mostra delle cose portandogliele o tenendole in alto per fargliele vedere? Non per chiedere aiuto, ma soltanto per condividere? (PER ESEMPIO , le mostra un fiore, un peluche, o un camion giocattolo?)	Sì	No

10. Il suo bambino/a reagisce quando Lei lo/a chiama per nome? (PER ESEMPIO , quando Lei lo chiama per nome, il suo bambino/a guarda verso di Lei, parla o fa delle sequenze di suoni (come “ba-ba”, “la-la” ...) o smette di fare quello che sta facendo?)	Sì	No
11. Quando Lei sorride al suo bambino/a, lui/lei sorride a sua volta verso di Lei?	Sì	No
12. Il suo bambino/a è agitato da rumori comuni? (PER ESEMPIO , grida o piange per il rumore di un aspirapolvere o per una musica ad alto volume?)	Sì	No
13. Il suo bambino/a cammina?	Sì	No
14. Il suo bambino/a La guarda negli occhi quando Lei gli/le sta parlando, sta giocando con lui/lei, o lo/a sta vestendo?	Sì	No
15. Il suo bambino/a cerca di copiare ciò che Lei fa? (PER ESEMPIO , La copia quando Lei fa ciao con la mano, batte le mani o fa un rumore buffo?)	Sì	No
16. Se Lei gira la testa per guardare qualcosa, il suo bambino/a si guarda intorno per vedere che cosa Lei sta guardando?	Sì	No
17. Il suo bambino/a cerca di farsi guardare da Lei? (PER ESEMPIO , il suo bambino La guarda per farsi fare un complimento, o dice “Guarda” o “Guardami”?)	Sì	No
18. Il suo bambino/a capisce quando Lei gli/le dice di fare qualcosa? (PER ESEMPIO , il suo bambino capisce “Metti il libro sulla sedia”, o “Portami la copertina” anche se Lei non indica queste cose?)	Sì	No
19. Se capita qualcosa di insolito, il suo bambino/a La guarda in faccia per capire come Lei si sente in quel momento? (PER ESEMPIO , se sente un rumore strano o buffo, o se vede un giocattolo nuovo, il suo bambino/a La guarda in faccia?)	Sì	No
20. Al suo bambino/a piace fare giochi di movimento? (PER ESEMPIO , gli/le piace che lo si faccia dondolare o che lo si faccia rimbalzare sulle ginocchia?)	Sì	No