



SWYC™ :

15 meses

15 meses, 0 dias a 17 meses, 31 dias
15 months, 0 days to 17 months, 31 days
V1.07, 4/1/17

Nome da Criança (Child name)

Data de Nascimento (DOB):

Idade Gestacional (gestational age)

Data de Hoje (date of administration):

IG Corrigida (ID#):

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

As perguntas a seguir são sobre o desenvolvimento de sua criança. Por favor, conte para nós o quanto sua criança faz cada uma destas coisas. Se sua criança já deixou de fazer alguma destas coisas, escolha a resposta que melhor descreve o quanto ele/ela costumava fazer isso antes. Por favor, verifique se respondeu TODAS as perguntas.

	Ainda não	Um pouco	Muito
Chama você de "mama" ou "papa" ou nome parecido	0	1	2
Olha ao redor quando você diz coisas como "Onde está sua mamadeira?" ou "Onde está seu cobertor?"	0	1	2
Imita sons que você faz	0	1	2
Atravessa um cômodo andando sem ajuda	0	1	2
Atende pedidos como "Venha cá" ou "Me dá a bola"	0	1	2
Corre (sem ajuda)	0	1	2
Sobe escadas com ajuda de uma pessoa	0	1	2
Chuta uma bola	0	1	2
Fala o nome de pelo menos 5 objetos familiares como bola ou leite	0	1	2
Fala o nome de pelo menos 5 partes do corpo como nariz, mão ou barriga	0	1	2

LISTA DE SINTOMAS DO BEBÊ (BPSC)

Estas perguntas são sobre o comportamento da sua criança. Pense sobre o que você esperaria de outras crianças da mesma idade e nos conte o quanto cada pergunta descreve o comportamento de sua criança.

	Não	Um pouco	Muito
Sua criança fica incomodada com novas pessoas?	0	1	2
Sua criança fica incomodada em lugares novos?	0	1	2
É difícil para sua criança lidar com mudanças na rotina?	0	1	2
Sua criança fica incomodada de ser carregada por outras pessoas?	0	1	2
Sua criança chora muito?	0	1	2
É difícil para sua criança se acalmar sozinha?	0	1	2
Sua criança fica irritada facilmente?	0	1	2
Sua criança continua chorando, mesmo quando você a pega no colo e tenta acalmá-la?	0	1	2
É difícil manter sua criança nas rotinas do dia a dia?	0	1	2
Sua criança tem dificuldades para pegar no sono?	0	1	2
É difícil para você dormir o suficiente por causa da sua criança?	0	1	2
Sua criança tem dificuldades para manter o sono?	0	1	2

PREOCUPAÇÕES DOS PAIS (Parent Concerns)**Com relação ao comportamento atual da sua criança:**

Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento de sua criança?

Não

☐

Um Pouco

☐

Muito

☐

Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?

☐☐☐**PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)**

Sim

Não

1 Alguém que mora com sua criança fuma cigarro?

☐☐

2 No último ano, alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia?

☐☐

3 No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir o seu consumo de álcool ou drogas?

☐☐

4 Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança?

☐☐

Nunca aconteceu

Aconteceu algumas vezes

Frequentemente acontece

5 Nos últimos 12 meses, ficamos preocupados se nossa comida poderia acabar antes que pudessemos comprar mais.

☐☐☐**Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:**

Nenhum dia

Alguns Dias

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

☐☐☐☐

7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?

☐☐☐☐

8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)?

Não tem conflito

☐

Com algum conflito

☐

Muito conflito

☐

Não se aplica

☐

9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos

Sem dificuldade

☐

Com alguma dificuldade

☐

Com muita dificuldade

☐

Não se aplica

☐

10 Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?

☐☐☐☐☐☐☐☐