



SWYC™ :

30 meses

29 meses, 0 dias a 34 meses, 31 dias
29 months, 0 days to 34 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
Fala o nome de pelo menos uma cor	0	1	2
Fala alguma coisa para chamar atenção das pessoas para o que ele/ela está fazendo	0	1	2
Sabe dizer seu próprio nome	0	1	2
Desenha linhas	0	1	2
Fala com outras pessoas e é compreendida a maior parte do tempo	0	1	2
Lava e seca as mãos sem ajuda (a criança não precisa abrir a torneira) . .	0	1	2
Faz perguntas começando com "por quê" ou "como"	0	1	2
Sabe explicar o por quê das coisas, por exemplo, precisa comer por que está com fome	0	1	2
Compara coisas usando palavras como "maior" ou "menor"	0	1	2
Responde perguntas como "o que você faz quando está frio?" ou " quando está com sono?"	0	1	2

LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS (PPSC)

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...			
Parece medrosa ou nervosa?	0	1	2
Parece triste ou infeliz?	0	1	2
Fica chateada quando as coisas não são feitas do jeito que ela está acostumada?	0	1	2
Tem dificuldade para lidar com mudanças na rotina?	0	1	2
Tem dificuldades para brincar com outras crianças?	0	1	2
Quebra coisas de propósito?	0	1	2
Briga com outras crianças?	0	1	2
Tem dificuldade para prestar atenção?	0	1	2
Tem dificuldade para se acalmar sozinha?	0	1	2
Tem dificuldade em se manter em uma única atividade?	0	1	2
Sua criança é...			
Agressiva?	0	1	2
Inquieta ou incapaz de ficar sentada?	0	1	2
Brava\ Zangada?	0	1	2
É difícil para você...			
Ir com sua criança a locais públicos?	0	1	2
Acalmar sua criança?	0	1	2
Saber o que sua criança precisa?	0	1	2
Manter sua criança nas rotinas do dia a dia?	0	1	2
Fazer sua criança obedecer você?	0	1	2

OBSERVAÇÕES DOS PAIS SOBRE INTERAÇÃO SOCIAL (POSI)

Sua criança traz coisas para mostrar a você?	Muitas vezes ao dia	Algumas vezes ao dia	Algumas vezes na semana	Menos de uma vez por semana	Nunca
	☐	☐	☐	☐	☐
	Sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Sua criança se interessa de brincar com outras crianças?	☐	☐	☐	☐	☐
Quando você fala uma palavra ou acena com a mão, sua criança tenta imitar você?	☐	☐	☐	☐	☐
Sua criança olha para você quando a chama pelo nome?	☐	☐	☐	☐	☐
Sua criança olha se você aponta para alguma coisa do outro lado da sala?	☐	☐	☐	☐	☐

Marque todas as opções que desejar:

Como sua criança <u>geralmente</u> mostra para você o que ela quer?	Fala uma palavra para mostrar o que ela quer ☐	Aponta para o que quer com o dedo ☐	Alcança o que quer ☐	Me puxa ou coloca minha mão no objeto ☐	Resmunga, chora ou grita ☐
Quais são as brincadeiras favoritas de sua criança?	Brincar com bonecos ou bichos de pelúcia ☐	Ler livros com você ☐	Subir nas coisas, correr e movimentar-se ☐	Enfileirar brinquedos ou outras coisas ☐	Ficar olhando coisas que giram como ventiladores ou rodas ☐

PREOCUPAÇÕES DOS PAIS (Parent Concerns)

Com relação ao comportamento atual da sua criança:	Não	Um Pouco	Muito
--	-----	----------	-------

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

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 ultimos 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
1. Você não gosta de fazer coisas diferentes?	0	1	2	3
2. Você acha difícil se adaptar a mudanças?	0	1	2	3
3. Você tem dificuldade em lidar com situações inesperadas?	0	1	2	3
4. Você sente-se sobrecarregado(a) quando há muitas coisas acontecendo ao mesmo tempo?	0	1	2	3
5. Você acha difícil tomar decisões rápidas?	0	1	2	3
6. Você sente-se perdido(a) quando está em um novo ambiente ou situação?	0	1	2	3
7. Você acha difícil lidar com pressão e prazos apertados?	0	1	2	3
8. Você sente-se cansado(a) quando precisa lidar com várias tarefas ao mesmo tempo?	0	1	2	3
9. Você acha difícil lidar com críticas e feedbacks negativos?	0	1	2	3
10. Você sente-se frustrado(a) quando algo não sai como planejado?	0	1	2	3

		dias			
6	Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	0	1	2	3
7	Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?	0	1	2	3

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 de ☐	Com muita dificuldade ☐	Não se aplica ☐

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