



SWYC™:

2 meses

1 mês, 0 dias até 3 meses, 31 dias
1 month, 0 days to 3 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 (Developmental Milestones)

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
Faz sons que mostram para você que ele ou ela está feliz ou chateado	0	1	2
Parece feliz em ver você	0	1	2
Segue com os olhos o movimento de um brinquedo	0	1	2
Vira a cabeça para achar a pessoa que está falando	0	1	2
Mantém a cabeça firme quando puxado para sentar	0	1	2
Junta as mãos	0	1	2
Ri	0	1	2
Mantém a cabeça firme quando você o/a segura na posição sentada	0	1	2
Faz sons como "ga", "ma" ou "ba"	0	1	2
Olha quando você o/a chama pelo nome	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:	Não	Um pouco	Muito
Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento dela?	0	0	0
Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?	0	0	0

PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)

	Sim	Não		
1 Alguem 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.	☐	☐	☐	
6 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu/sua marido/companheiro(a)?	Não tem conflito ☐	Com algum conflito ☐	Muito conflito ☐	Não se aplica ☐
7 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos	Sem dificuldade ☐	Com alguma dificuldade ☐	Com muita dificuldade ☐	Não se aplica ☐
8 Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?	☐	☐	☐	☐

Mudanças emocionais com um novo bebê (Emotional Changes with a New Baby**)

Visto que acabou de ter seu bebê, gostaríamos de saber como você se sente. Não apenas como se sente hoje, mas como se sentiu NOS ÚLTIMOS 7 DIAS. Por favor, marque a resposta que corresponde com o que você sente.

Nos últimos 7 dias...				
1 Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas				
☐ Tanto como dantes	☐ Menos do que antes	☐ Muito menos do que antes	☐ Nunca	
2 Tenho tido esperança no futuro				
☐ Tanta como sempre tive	☐ Bastante menos do que costumava ter	☐ Muito menos do que costumava ter	☐ Quase nenhuma	
3* Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal				
☐ Sim, a maioria das vezes	☐ Sim, algumas vezes	☐ Raramente	☐ Não, nunca	
4 Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo				
☐ Não, nunca	☐ Quase nunca	☐ Sim, por vezes	☐ Sim, muitas vezes	
5* Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo				
☐ Sim, muitas vezes	☐ Sim, por vezes	☐ Não, raramente	☐ Não, nunca	
6* Tenho sentido que são coisas demais para mim				
☐ Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las	☐ Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes	☐ Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	☐ Não, resolvo-as tão bem como dantes	
7* Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal				
☐ Sim, quase sempre	☐ Sim, por vezes	☐ Raramente	☐ Não, nunca	
8* Tenho-me sentido triste ou muito infeliz				
☐ Sim, quase sempre	☐ Sim, muitas vezes	☐ Raramente	☐ Não, nunca	
9* Tenho-me sentido tão infeliz que choro				
☐ Sim, quase sempre	☐ Sim, muitas vezes	☐ Só às vezes	☐ Não, nunca	
10* Tive ideias de fazer mal a mim mesma				
☐ Sim, muitas vezes	☐ Por vezes	☐ Muito raramente	☐ Nunca	

**© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).



SWYC™:

4 meses

4 meses, 0 dias até 5 meses, 31 dias
4 months, 0 days to 5 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 (Developmental Milestones)

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
Mantém a cabeça firme quando puxado para sentar	0	1	2
Junta as mãos	0	1	2
Ri	0	1	2
Mantém a cabeça firme quando você o/a segura na posição sentada . .	0	1	2
Faz sons como "ga", "ma" ou "ba"	0	1	2
Olha quando você o/a chama pelo nome	0	1	2
Vira de barriga para baixo	0	1	2
Passa um brinquedo de uma mão para a outra	0	1	2
Procura por você ou outro cuidador quando está chateado	0	1	2
Segura dois objetos e bate um no outro	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:	Não	Um pouco	Muito
Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento dela?	0	1	2
Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?	0	1	2

PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)

	Sim	Não						
1 Alguem 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.	☐	☐	☐					
6 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu/sua marido/companheiro(a)?	Não tem conflito ☐	Com algum conflito ☐	Muito conflito ☐	Não se aplica ☐				
7 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos	Sem dificuldade ☐	Com alguma dificuldade ☐	Com muita dificuldade ☐	Não se aplica ☐				
8 Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Mudanças emocionais com um novo bebê (Emotional Changes with a New Baby**)

Visto que acabou de ter seu bebê, gostaríamos de saber como você se sente. Não apenas como se sente hoje, mas como se sentiu NOS ÚLTIMOS 7 DIAS. Por favor, marque a resposta que corresponde com o que você sente.

Nos últimos 7 dias...				
1 Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas				
(0) Tanto como dantes	(1) Menos do que antes	(2) Muito menos do que antes	(3) Nunca	
2 Tenho tido esperança no futuro				
(0) Tanta como sempre tive	(1) Bastante menos do que costumava ter	(2) Muito menos do que costumava ter	(3) Quase nenhuma	
3* Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal				
(3) Sim, a maioria das vezes	(2) Sim, algumas vezes	(1) Raramente	(0) Não, nunca	
4 Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo				
(0) Não, nunca	(1) Quase nunca	(2) Sim, por vezes	(3) Sim, muitas vezes	
5* Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo				
(3) Sim, muitas vezes	(2) Sim, por vezes	(1) Não, raramente	(0) Não, nunca	
6* Tenho sentido que são coisas demais para mim				
(3) Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las	(2) Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes	(1) Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	(0) Não, resolvo-as tão bem como dantes	
7* Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal				
(3) Sim, quase sempre	(2) Sim, por vezes	(1) Raramente	(0) Não, nunca	
8* Tenho-me sentido triste ou muito infeliz				
(3) Sim, quase sempre	(2) Sim, muitas vezes	(1) Raramente	(0) Não, nunca	
9* Tenho-me sentido tão infeliz que choro				
(3) Sim, quase sempre	(2) Sim, muitas vezes	(1) Só às vezes	(0) Não, nunca	
10* Tive ideias de fazer mal a mim mesma				
(3) Sim, muitas vezes	(2) Por vezes	(1) Muito raramente	(0) Nunca	

**© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).



SWYC™:

6 meses

6 meses, 0 dias até 8 meses, 31 dias
6 months, 0 days to 8 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 (Developmental Milestones)

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
Faz sons como "ga", "ma" ou "ba"	☐	☐	☐
Olha quando você o/a chama pelo nome	☐	☐	☐
Vira de barriga para baixo	☐	☐	☐
Passa um brinquedo de uma mão para a outra	☐	☐	☐
Procura por você ou outro cuidador quando está chateado	☐	☐	☐
Segura dois objetos e bate um no outro	☐	☐	☐
Levanta os braços para ser carregado	☐	☐	☐
Passa para a posição sentada sozinho(a)	☐	☐	☐
Pega alimento com a mão e come	☐	☐	☐
Puxa para ficar de pé	☐	☐	☐

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

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 dela?	☐	☐	☐
Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?	☐	☐	☐

PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)

	Sim	Não						
1 Alguem 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.	☐	☐	☐					
6 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu/sua marido/companheiro(a)?	Não tem conflito ☐	Com algum conflito ☐	Muito conflito ☐	Não se aplica ☐				
7 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos	Sem dificuldade ☐	Com alguma dificuldade ☐	Com muita dificuldade ☐	Não se aplica ☐				
8 Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Mudanças emocionais com um novo bebê (Emotional Changes with a New Baby**)

Visto que acabou de ter seu bebê, gostaríamos de saber como você se sente. Não apenas como se sente hoje, mas como se sentiu NOS ÚLTIMOS 7 DIAS. Por favor, marque a resposta que corresponde com o que você sente.

Nos últimos 7 dias...				
1 Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas				
(0) Tanto como dantes	(1) Menos do que antes	(2) Muito menos do que antes	(3) Nunca	
2 Tenho tido esperança no futuro				
(0) Tanta como sempre tive	(1) Bastante menos do que costumava ter	(2) Muito menos do que costumava ter	(3) Quase nenhuma	
3* Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal				
(3) Sim, a maioria das vezes	(2) Sim, algumas vezes	(1) Raramente	(0) Não, nunca	
4 Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo				
(0) Não, nunca	(1) Quase nunca	(2) Sim, por vezes	(3) Sim, muitas vezes	
5* Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo				
(3) Sim, muitas vezes	(2) Sim, por vezes	(1) Não, raramente	(0) Não, nunca	
6* Tenho sentido que são coisas demais para mim				
(3) Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las	(2) Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes	(1) Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	(0) Não, resolvo-as tão bem como dantes	
7* Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal				
(3) Sim, quase sempre	(2) Sim, por vezes	(1) Raramente	(0) Não, nunca	
8* Tenho-me sentido triste ou muito infeliz				
(3) Sim, quase sempre	(2) Sim, muitas vezes	(1) Raramente	(0) Não, nunca	
9* Tenho-me sentido tão infeliz que choro				
(3) Sim, quase sempre	(2) Sim, muitas vezes	(1) Só às vezes	(0) Não, nunca	
10* Tive ideias de fazer mal a mim mesma				
(3) Sim, muitas vezes	(2) Por vezes	(1) Muito raramente	(0) Nunca	

**© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).



SWYC™ : 9 meses

9 meses 0 dias até 11 meses, 31 dias
9 months, 0 days to 11 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
Levanta os braços para ser carregado	0	1	2
Passa para a posição sentada sozinho(a)	0	1	2
Pega alimento com a mão e come	0	1	2
Puxa para ficar de pé	0	1	2
Brinca de "escondeu-achou" ou "bate palminhas"	0	1	2
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

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?

☐☐☐☐☐☐☐☐



SWYC™:

12 meses

12 meses, 0 dias até 14 meses, 31 dias
12 months, 0 days to 14 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
Pega alimento com a mão e come	0	1	2
Puxa para ficar de pé	0	1	2
Brinca de "escondeu-achou" ou "bate palminhas"	0	1	2
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

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?

☐☐☐☐☐☐☐☐



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?

☐☐☐☐☐☐☐☐



SWYC™ :

18 meses

18 meses, 0 dias a 22 meses, 31 dias
18 months, 0 days to 22 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
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
Sobe escadas sozinha apoiando com as mãos na parede ou no corrimão	0	1	2
Usa palavras como "eu" ou "meu"	0	1	2
Pula com os dois pés	0	1	2
Combina duas ou mais palavras como "dá água" ou " vamos embora"	0	1	2
Usa palavras para pedir ajuda	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 ☐			
Sua criança se interessa de brincar com outras crianças?	Sempre ☐	Frequentemente ☐	Algumas vezes ☐	Raramente ☐	Nunca ☐			
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 Alguem 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 pudéssemos 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?	(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?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)



SWYC™ : 24 meses

23 meses, 0 dias a 28 meses, 31 dias
23 months, 0 days to 28 months, 31 days
V.1.07, 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 5 partes do corpo como nariz, mão ou barriga	0	1	2
Sobe escadas sozinho apoiando com as mãos na parede ou no corrimão	0	1	2
Usa palavras como "eu" ou "meu"	0	1	2
Pula com os dois pés	0	1	2
Combina duas ou mais palavras como "dá água" ou " vamos embora" .	0	1	2
Usa palavras para pedir ajuda	0	1	2
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

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)

	Muitas vezes ao dia	Algumas vezes ao dia	Algumas vezes na semana	Menos de uma vez por semana	Nunca
Sua criança traz coisas para mostrar a você?	☐	☐	☐	☐	☐
	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 Alguem 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.	☐	☐	☐

<i>Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:</i>	Nenhum dia	Alguns Dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
---	------------	-------------	-------------------------	---------------------

		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?



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 ☐	
Sua criança se interessa de brincar com outras crianças?	Sempre ☐	Frequentemente ☐	Algumas vezes ☐	Raramente ☐	Nunca ☐	
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 Alguem 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 pudéssemos 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?	(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?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	(6)	(7)				



SWYC™:

36 meses

35 meses, 0 dias a 46 meses, 31 dias
35 months, 0 days to 46 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 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
Conta a história de um livro ou programa de TV	0	1	2
Desenha formas simples como um círculo ou quadrado	0	1	2
Fala palavras no plural, por exemplo, pés, meninos, frutas.	0	1	2
Usa palavras como "ontem" e " amanhã" corretamente	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. Para 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

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?

☐☐☐☐☐☐☐☐



SWYC™ :

48 meses

47 meses, 0 dias a 58 meses, 31 dias
47 months, 0 days to 58 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
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
Conta a história de um livro ou programa de TV	0	1	2
Desenha formas simples como um círculo ou quadrado	0	1	2
Fala palavras no plural, por exemplo, pés, meninos, frutas	0	1	2
Usa palavras como "ontem" e " amanhã" corretamente	0	1	2
Fica sem urinar na cama a noite toda	0	1	2
Segue regras simples quando brinca com jogos de tabuleiros ou de cartas	0	1	2
Copia seu primeiro nome	0	1	2
Desenha figuras que você reconhece	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

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?

☐☐☐☐☐☐☐☐



SWYC™ : 60 meses

59 meses, 0 dias a 65 meses, 31 dias
59 months, 0 days to 65 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
Conta a história de um livro ou programa de TV · · · · ·	0	1	2
Desenha formas simples como um círculo ou quadrado · · · · ·	0	1	2
Fala palavras no plural, por exemplo, pés, meninos, frutas · · · · ·	0	1	2
Usa palavras como "ontem" e "amanhã" corretamente · · · · ·	0	1	2
Fica sem urinar na cama a noite toda · · · · ·	0	1	2
Segue regras simples quando brinca com jogos de tabuleiros ou de cartas · · · · ·	0	1	2
Copia seu primeiro nome · · · · ·	0	1	2
Desenha figuras que você reconhece · · · · ·	0	1	2
Colore um desenho dentro das linhas · · · · ·	0	1	2
Sabe falar os dias da semana na ordem correta · · · · ·	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

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?

☐☐☐☐☐☐☐☐