



BPSC:

1 miesiąc, 0 dni do 17 miesięcy, 31 dni
V1.07, 4-1-17

Imię dziecka:

Data urodzenia:

Dzisiejsza data:

PEDIATRYCZNA LISTA KONTROLNA OBJAWÓW U NIEMOWLĄT (BPSC)

Poniższe pytania dotyczą zachowania dziecka. Zastanów się, czego oczekiwał(a)byś od innych dzieci w tym samym wieku i opisz, w jakim stopniu każde stwierdzenie odnosi się do Twojego dziecka.

	Wcale	Trochę	Bardzo
Czy Twojemu dziecku przeszkadza obecność nowych ludzi?	0	1	2
Czy Twojemu dziecku trudno jest przebywać w nowych miejscach?.....	0	1	2
Czy Twoje dziecko trudno znosi zmiany?.....	0	1	2
Czy Twojemu dziecku przeszkadza bycie na rękach u innych osób?.....	0	1	2
Czy Twoje dziecko często płacze?.....	0	1	2
Czy Twoje dziecko ma trudności z uspokojeniem się?.....	0	1	2
Czy Twoje dziecko jest marudne lub rozdrażnione?.....	0	1	2
Czy Twoje dziecko trudno jest pocieszyć?.....	0	1	2
Czy Twoje dziecko ma trudności z utrzymaniem harmonogramu lub rutyny?.....	0	1	2
Czy Twoje dziecko trudno jest uśpić?.....	0	1	2
Czy trudno jest Ci się wyspać z powodu Twojego dziecka?	0	1	2
Czy Twoje dziecko ma problemy z utrzymaniem snu?.....	0	1	2