

Proszę zaznaczyć przy każdym zdaniu jedną z trzech możliwości: „Nieprawda”, „Częściowo prawda”, „Zdecydowanie prawda”.
 Proszę ustosunkować się do wszystkich zdań, nawet jeśli czasem nie jesteś pewny/a albo zdanie wydaje Ci się nieco dziwne.
 Odpowiedzi udzielaj na podstawie zachowania dziecka w ostatnich sześciu miesiącach.

Imię i nazwisko dziecka

Chłopiec / Dziewczyna

Data urodzenia

	Nieprawda	Częściowo prawda	Zdecydowanie prawda
Bierze pod uwagę uczucia innych ludzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jest niespokojny/a, nadpobudliwy/a, nie potrafi spokojnie długo usiedzieć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Często skarży się na bóle głowy, brzucha lub że źle się czuje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chętnie dzieli się z innymi dziećmi (słodkimi, zabawkami, ołówkami itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Często miewa napady złości; ma porywczy temperament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jest raczej samotnikiem; zwykle bawi się sam/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na ogół jest posłuszny/a; zazwyczaj robi to, o co proszą dorośli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Często martwi się czymś; wygląda na zmartwionego/zmartwioną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomaga, jeśli ktoś cierpi, jest smutny lub źle się czuje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieustannie się kręci i wierci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma co najmniej jednego dobrego przyjaciela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Często bije się z innymi dziećmi albo znęca się nad nimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Często jest nieszczęśliwy/a, przygnębiony/a i płacziwy/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na ogół jest lubiany/a przez inne dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Łatwo się rozprasza, trudno mu/jej się skoncentrować	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W nowych sytuacjach denerwuje się lub „przykleja się” do kogoś; łatwo traci pewność siebie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jest miły/a dla młodszych dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Często kłamie lub oszukuje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne dzieci zaczepiają go/ją lub znęcają się nad nim/nią	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Często chętnie pomaga innym (rodzicom, nauczycielom, innym dzieciom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zastanawia się, zanim coś zrobi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kradnie w domu, szkole lub innych miejscach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lepiej dogaduje się z dorosłymi niż z rówieśnikami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma wiele lęków, szybko ogarnia go/ją strach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wykonuje zadania do końca; ma dobrą koncentrację uwagi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy masz jakiegokolwiek inne uwagi lub coś dodatkowo Cię niepokoi?

Proszę odwrócić kartkę - na drugiej stronie jest kilka kolejnych pytań

Ogólnie, czy uważasz, że Twoje dziecko ma trudności w jednym lub kilku z poniższych obszarów: emocje, koncentracja, zachowanie lub umiejętność dogadywania się z innymi?

Nie	Tak- drobne trudności	Tak- wyraźne trudności	Tak- poważne trudności
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeśli odpowiedziałeś/odpowiedziałaś "Tak", odpowiedz proszę na poniższe pytania dotyczące tych trudności:

- Od jak dawna trwają te trudności?

Krócej niż miesiąc	1-5 miesiący	6-12 miesiący	Od ponad roku
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Czy te trudności martwią lub stresują Twoje dziecko?

Zupełnie nie	Tylko trochę	W stopniu średnim	Bardzo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Czy te trudności przeszkadzają w codziennym życiu Twojego dziecka w następujących obszarach?

	Zupełnie nie	Tylko trochę	W stopniu średnim	Bardzo
W domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przyjaźnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nauka w szkole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zajęcia w czasie wolnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Czy te trudności są obciążeniem dla Ciebie lub dla Twojej rodziny?

Zupełnie nie	Tylko trochę	W stopniu średnim	Bardzo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Podpis

Data

Matka/Ojciec/Inna osoba (proszę sprecyzować:)

Bardzo dziękujemy za Twoją pomoc