



M-CHAT-R

Modified Checklist for Autism in Toddlers — Revised · Pais · 16–30 meses

Nome da criança: _____

Idade (meses): ____ Data: ____/____/____

Responda pensando no comportamento **habitual** da criança. Se viu o comportamento apenas uma ou duas vezes, considere como "não". Cada resposta na direção indicada (em itálico) conta 1 ponto.

- 1 Se você apontar para alguma coisa do outro lado do quarto, seu filho olha? (*pontua se: Não*)
- 2 Você alguma vez achou que seu filho fosse surdo? (*pontua se: Sim*)
- 3 Seu filho brinca de faz-de-conta? (Ex: fingir beber, falar ao telefone) (*pontua se: Não*)
- 4 Seu filho gosta de subir em coisas? (móveis, escadas, escorregadores) (*pontua se: Não*)
- 5 Seu filho faz movimentos incomuns com os dedos perto dos olhos? (*pontua se: Sim*)
- 6 Seu filho aponta com um dedo para pedir algo ou conseguir ajuda? (*pontua se: Não*)
- 7 Seu filho aponta para mostrar algo interessante para você (avião no céu, caminhão)? (*pontua se: Não*)
- 8 Seu filho se interessa por outras crianças (observa, sorri, vai em direção)? (*pontua se: Não*)
- 9 Seu filho mostra coisas trazendo ou segurando para você ver, só para compartilhar? (*pontua se: Não*)
- 10 Seu filho responde quando você o chama pelo nome? (*pontua se: Não*)
- 11 Quando você sorri para seu filho, ele sorri de volta? (*pontua se: Não*)
- 12 Seu filho fica incomodado com barulhos do dia a dia (aspirador, música alta)? (*pontua se: Sim*)
- 13 Seu filho anda? (*pontua se: Não*)
- 14 Seu filho olha você nos olhos quando você fala, brinca ou veste-o? (*pontua se: Não*)
- 15 Seu filho tenta imitar o que você faz (tchau, palmas, som engraçado)? (*pontua se: Não*)
- 16 Se você virar a cabeça para olhar algo, seu filho olha em volta para ver o que é? (*pontua se: Não*)
- 17 Seu filho tenta fazer você olhar para ele (pedir atenção, mostrar)? (*pontua se: Não*)
- 18 Seu filho entende ordens sem você apontar ("traga o cobertor", "ponha o livro")? (*pontua se: Não*)
- 19 Se algo novo acontece, seu filho olha seu rosto para ver como você se sente? (*pontua se: Não*)
- 20 Seu filho gosta de atividades de movimento (ser balançado, jogado no joelho)? (*pontua se: Não*)

PONTUAÇÃO TOTAL

____ / 20

INTERPRETAÇÃO

0–2 Risco baixo — sem ação adicional

3–7 Risco médio — aplicar M-CHAT-R/F (entrevista de seguimento)

8–20 Risco alto — encaminhar diretamente para avaliação diagnóstica

Itens críticos para reavaliação imediata: 2, 5, 12.