

***Modifierad checklista för autism hos småbarn, reviderad med uppföljning
(M-CHAT-R/F)TM***

Författarnas tack: Vi tackar den spanska studiegruppen för M-CHAT för dess arbete med att utveckla det flödesschema-format som används i detta dokument.

För mer information, vänligen se www.mchatscreen.com
eller kontakta Diana Robins på mchatscreen2009@gmail.com

Villkor för användning av M-CHAT-R/F™

Den modifierade checklisten för autism hos småbarn (M-CHAT-R/F; Robins, Fein & Barton, 2009) är ett screeningverktyg som är baserat på en 2-steps-föräldrapport och som används för att bedöma risk för autismspektrumtillstånd (ASD). M-CHAT-R/F är tillgängligt för nedladdning för användning i såväl kliniskt som forsknings- och utbildningssyfte. Nedladdning av M-CHAT-R/F och relaterat material är auktoriserat från www.mchatscreen.com.

M-CHAT-R/F är ett copyright-skyddat verktyg och användning av M-CHAT-R/F måste följa dessa riktlinjer:

- (1) Nytryck/reproduktioner av M-CHAT-R måste inkludera copyrighten längst ner (© 2009 Robins, Fein, & Barton). Inga modifikationer får göras av några punkter, instruktioner, eller dessas inbördes ordning, utan författarnas tillåtelse
- (2) M-CHAT-R måste användas i sin helhet. Det finns belegg som indikerar att enskilda undergrupper av punkter inte demonstrerar tillräckliga psykometriska egenskaper.
- (3) Parter som är intresserade av att reproducera M-CHAT-R/F i tryckt form (t.ex. i en bok eller medicinsk artikel) eller elektroniskt för användning av andra (t.ex. som en del av digitala medicinska journaler eller andra mjukvarupaket) måste kontakta Diana Robins för att be om tillåtelse för detta.
- (4) Om du är en del av en medicinsk praktik, och vill inkorporera frågor från första steget av M-CHAT-R i din egen praktiks elektroniska medicinska journaler (EMR), är du välkommen att göra detta. Om du emellertid skulle vilja distribuera din EMR-sida utanför din praktik, vänligen kontakta Diana Robins för att begära ett licensavtal.

Instruktioner för användning

M-CHAT-R kan ges och skattas som del av ett besök på barnavårdscentral och kan även användas av specialister eller andra professionella på området för att bedöma risk för ASD. Det primära målet för M-CHAT-R är att ha maximal "känslighet", vilket här innebär att man med hjälp av verktyget skall kunna upptäcka så många fall av ASD som möjligt. I och med detta finns en hög frekvens av falskt positiva fall, alltså sådana som enligt skattningen bedöms vara inom riskzonen för ASD, men som sedan inte får diagnosen. För att hantera detta har vi utvecklat uppföljningsfrågorna (M-CHAT-R/F). Användare bör vara medvetna om att det, även med uppföljningsfrågorna inkluderade, finns ett betydande antal barn som visserligen screenar positivt på M-CHAT-R, men som sedan ändå inte får diagnosen ASD. Hos dessa barn finns dock hög risk för andra funktionsnedsättningar eller försenad utveckling, varför det är befogat med utredning för alla barn som screenar positivt. M-CHAT-R kan skattas på mindre än två minuter. Instruktioner för skattning kan laddas ned från <http://www.mchatscreen.com>. Tillhörande dokument finns också tillgängliga för nedladdning.

Skattningsalgoritm

För alla punkter utom 2, 5 och 12 indikerar svaret "NEJ" risk för ASD; för punkterna 2, 5 och 12 indikerar "JA" risk för ASD. Följande algoritm maximerar M-CHAT-R-formulärets psykometriska egenskaper:

LÅGRISK: **Total poäng på 0-2;** om barnet är yngre än 24 månader, screena igen efter att han/hon fyllt två år. Ingen ytterligare åtgärd nödvändig såvida inte annan utvecklingskontroll indikerar risk för ASD.

MEDELRIK: **Total poäng på 3-7;** Gör uppföljningen (andra steget av M-CHAT-R/F) för att få ytterligare information om risk-indikerande svar. Om M-CHAT-R/F-poängen ligger kvar på 2 eller högre har barnet screenat positivt. Nödvändig åtgärd: remittera barnet för diagnostisk utredning och bedömning av huruvida han/hon har behov av tidiga insatser. Om poängen på uppföljningen är 0-1 har barnet screenat negativt. Ingen ytterligare åtgärd nödvändig såvida inte annan utvecklingskontroll indikerar risk för ASD. Barnet bör screenas igen vid framtida besök på barnavårdscentral.

HÖGRISK: **Total poäng på 8-20;** Det är acceptabelt att förbigå uppföljningen och remittera omedelbart för diagnostisk utredning och bedömning av huruvida barnet är kandidat för tidiga insatser.

M-CHAT-R™

Var vänlig svara på dessa frågor om ditt barn. Tänk på hur ditt barn brukar bete sig. Om du har sett barnet bete sig på det efterfrågade sättet några gånger, men han/hon inte brukar bete sig så, var då vänlig svara **nej**. Var vänlig ringa in **ja** eller **nej** för varje fråga. Tack!

- | | | |
|---|-----------|------------|
| 1. Om du pekar på någonting på andra sidan rummet, tittar ditt barn då på det?
(t.ex. om du pekar på en leksak eller ett djur, tittar barnet då på leksaken eller djuret?) | JA | NEJ |
| 2. Har du någonsin undrat om ditt barn kan vara dövt? | JA | NEJ |
| 3. Leker ditt barn låtsaslekar eller fantasilekar?
(t.ex. låtsas dricka från en kopp, tala i telefon, mata en docka eller ett gosedjur) | JA | NEJ |
| 4. Gillar ditt barn att klättra på saker?
(t.ex. möbler, lekplatsutrustning eller trappor) | JA | NEJ |
| 5. Gör ditt barn ovanliga fingerrörelser nära ögonen?
(t.ex. viftar eller vrider ditt barn på fingrarna nära ögonen?) | JA | NEJ |
| 6. Pekar ditt barn med sitt finger för att be om någonting eller för att få hjälp?
(t.ex. pekar på mat eller leksaker han/hon inte kan nå) | JA | NEJ |
| 7. Pekar ditt barn med sitt finger för att visa dig någonting intressant?
(t.ex. pekar på ett flygplan uppe i luften eller en stor lastbil på vägen) | JA | NEJ |
| 8. Är ditt barn intresserat av andra barn?
(t.ex. tittar ditt barn på andra barn, ler mot dem, går fram till dem?) | JA | NEJ |
| 9. Visar ditt barn dig saker genom att komma med dem till dig eller hålla upp dem för att du ska se dem – inte för att få hjälp, utan bara för att dela med sig?
(t.ex. genom att visa dig en blomma, ett gosedjur eller en leksaksbil) | JA | NEJ |
| 10. Reagerar ditt barn när du ropar hans eller hennes namn?
(t.ex. brukar han/hon titta upp, tala eller försöka kommunicera med ljud, eller stanna upp i vad han/hon gör när du ropar hans/hennes namn?) | JA | NEJ |
| 11. När du ler mot ditt barn, ler han/hon då tillbaka mot dig? | JA | NEJ |
| 12. Blir ditt barn upprört/ledset av oljud som förekommer i vardagen?
(t.ex. skriker eller gråter ditt barn som reaktion på oljud såsom hög musik eller dammsugarljud?) | JA | NEJ |
| 13. Går ditt barn? | JA | NEJ |
| 14. Tittar ditt barn dig i ögonen när du talar eller leker med honom/henne, eller när du klär på honom/henne? | JA | NEJ |
| 15. Försöker ditt barn härma vad du gör?
(t.ex. vinka adjö, klappa händerna, eller göra lustiga ljud när du gör det) | JA | NEJ |
| 16. Om du vänder dig om för att titta på någonting, följer ditt barn då din blick för att se vad du tittar på? | JA | NEJ |
| 17. Försöker ditt barn få dig att titta på honom/henne?
(t.ex. tittar på dig för att få beröm, eller säger ”kolla” eller ”titta på mig”) | JA | NEJ |
| 18. Förstår ditt barn när du säger till honom eller henne att göra någonting?
(t.ex. om du inte pekar, kan barnet förstå när du säger ”lägg boken på stolen” eller ”hämta filten åt mig”?) | JA | NEJ |
| 19. Om något nytt händer, tittar ditt barn på ditt ansikte för att se hur du reagerar på det?
(t.ex. om han eller hon hör ett märkligt ljud eller ser en ny leksak, tittar han/hon då på ditt ansikte?) | JA | NEJ |
| 20. Gillar ditt barn rörelseaktiviteter?
(t.ex. att bli gungad eller studsad på ditt knä) | JA | NEJ |

M-CHAT-R Uppföljning (M-CHAT-R/F)[™]

Villkor för användning

Den modifierade checklisten för autism hos småbarn, reviderad, med uppföljning (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, & Barton, 2009) är designad som ett komplement till M-CHAT-R. M-CHAT-R/F kan laddas ned från www.mchatscreen.com.

M-CHAT-R/F är ett copyrightskyddat verktyg, och användning av detta verktyg är begränsat av dess respektive författare och copyrightinnehavare. M-CHAT-R och M-CHAT-R/F får användas i kliniskt syfte såväl som i forsknings- och utbildningssyfte. Medan vi gör verktyget tillgängligt utan kostnad för dessa användningsområden är detta copyrightskyddat material och alltså inte open source. Den som är intresserad av att använda M-CHAT-R/F i kommersiella eller elektroniska produkter måste kontakta Diana L. Robins på mchatscreen2009@gmail.com för att be om tillåtelse för detta.

Instruktioner för användning

M-CHAT-R/F är designat för användning tillsammans med M-CHAT-R; M-CHAT-R är ett validerat verktyg för screening av småbarn i åldrarna 16-30 månader, för att bedöma risk för autismspektrumtillstånd (ASD). Användare bör vara medvetna om att det, även med uppföljningsfrågorna inkluderade, finns ett betydande antal barn som visserligen faller ut på M-CHAT-R, men som i slutändan ändå inte kommer att få diagnosen ASD. Hos dessa barn finns dock hög risk för andra funktionsnedsättningar eller försenad utveckling, varför det är befogat med utredning för alla barn som screenar positivt.

När en förälder har fyllt i M-CHAT-R-formuläret, gör du en skattning av verktyget enligt instruktionerna. Om barnet screenar positivt, välj då uppföljningspunkter baserat på vilka punkter barnet föll ut på i M-CHAT-R-formuläret; endast de punkter som barnet föll ut på i första steget behöver gås igenom för att genomföra en fullständig intervju.

Varje sida av intervjun motsvarar en punkt från M-CHAT-R-formuläret. Följ flödesschema-formatet, där du ställer frågor tills punkten skattas som UTFALL eller ICKE UTFALL. Vänligen notera att föräldrar ibland kan rapportera "kanske" som svar på frågor under intervjun. När en förälder rapporterar "kanske", frågar du huruvida svaret oftast är "ja" eller "nej" och fortsätter sedan intervjun i enlighet med det svaret. På ställen där det finns utrymme att rapportera ett "annat" svar måste intervjuaren själv bedöma huruvida svaret indikerar utfall eller inte.

Skatta svaren på varje punkt på skattningsformuläret för M-CHAT-R/F (som innehåller samma punkter som M-CHAT-R, utom att Ja/Nej har ersatts med Utfall/Icke utfall). Det intervjuade barnet anses ha screenat positivt om han/hon faller ut på minst två punkter, vilka som helst, vid uppföljningen. Om ett barn screenar positivt på M-CHAT-R/F, rekommenderas att barnet remitteras för diagnostisk utredning och tidiga insatser så snart som möjligt. Vänligen notera att i lägen då vårdgivaren eller föräldern känner oro rörande risk för autismspektrumtillstånd, bör barnet remitteras för utredning oavsett hans/hennes skattning på M-CHAT-R eller M-CHAT-R/F.

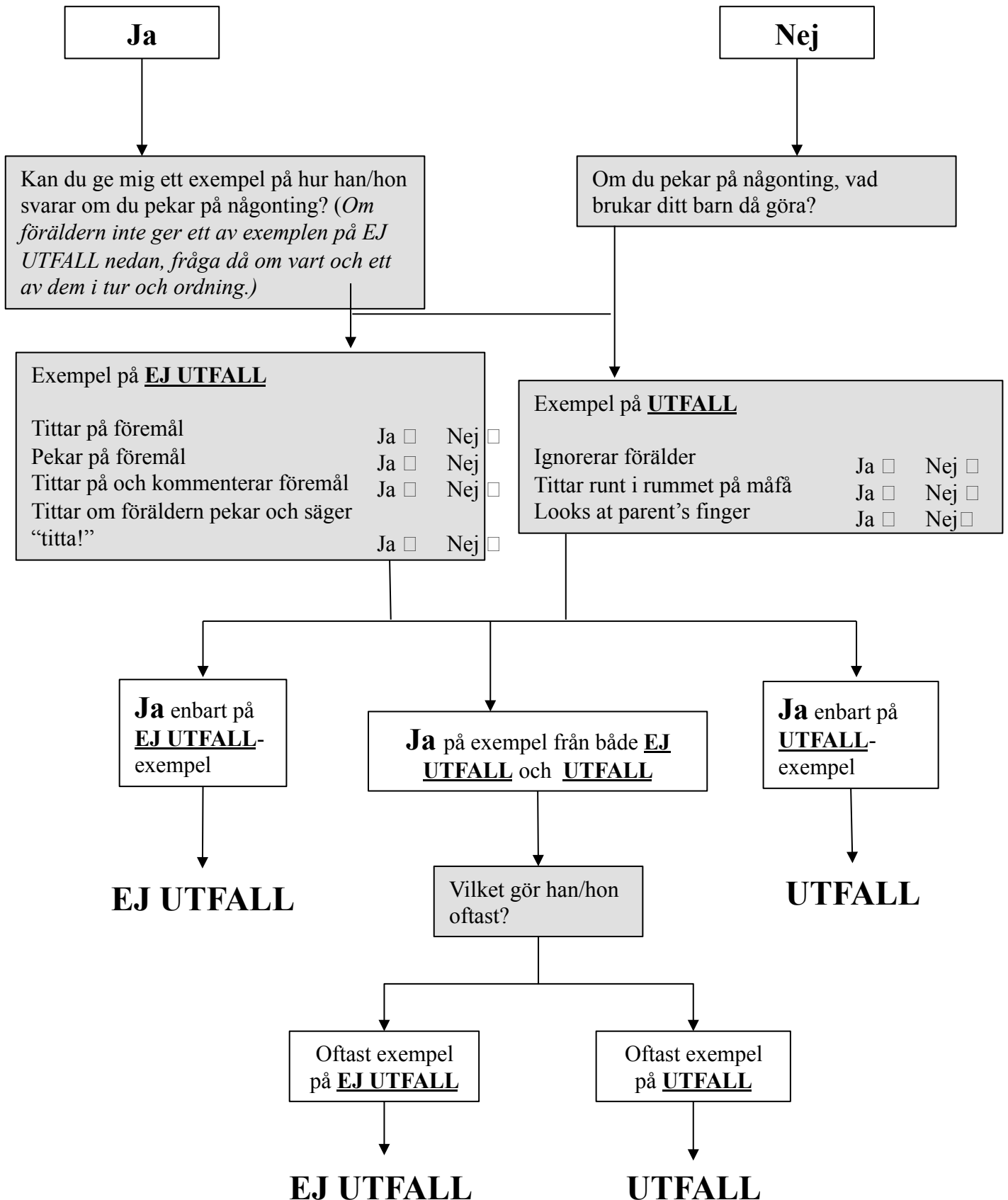
M-CHAT-R™

Vänligen notera: Ja/Nej har bytts ut mot U (Utfall)/EU (Ej utfall)

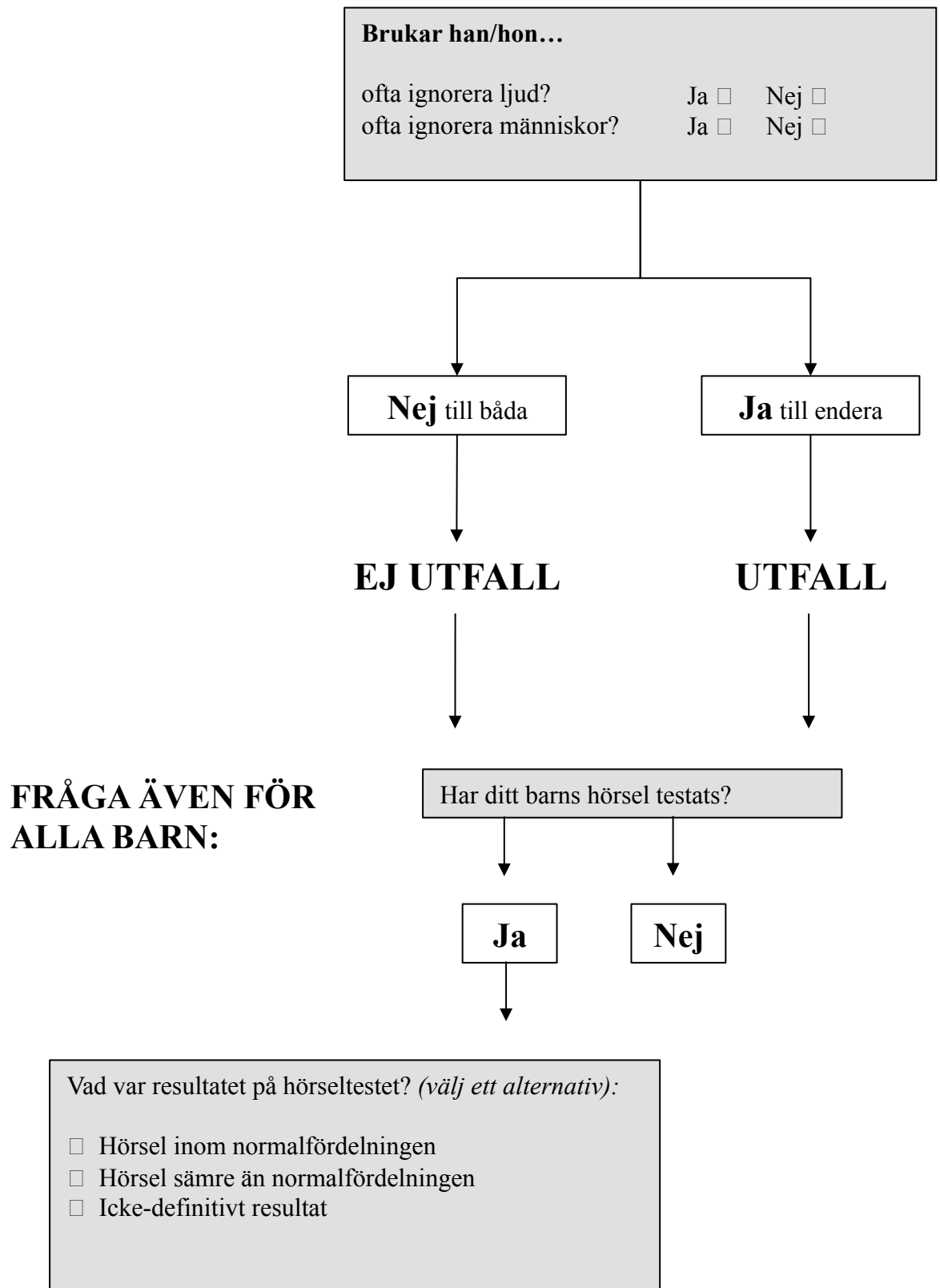
- | | | |
|---|---|----|
| 1. Om du pekar på någonting på andra sidan rummet, tittar ditt barn då på det?
(t.ex. om du pekar på en leksak eller ett djur, tittar barnet då på leksaken eller djuret?) | U | EU |
| 2. Har du någonsin undrat om ditt barn kan vara dövt? | U | EU |
| 3. Leker ditt barn låtsaslekar eller fantasilekar?
(t.ex. låtsas dricka från en kopp, tala i telefon, mata en docka eller ett gosedjur) | U | EU |
| 4. Gillar ditt barn att klättra på saker?
(t.ex. möbler, lekplatsutrustning, eller trappor) | U | EU |
| 5. Gör ditt barn <u>ovanliga</u> fingerrörelser nära ögonen?
(t.ex. viftar eller vrider ditt barn på fingrarna nära ögonen?) | U | EU |
| 6. Peakar ditt barn med sitt finger för att be om någonting eller för att få hjälp?
(t.ex. pekar på mat eller leksaker han/hon inte kan nå) | U | EU |
| 7. Peakar ditt barn med sitt finger för att visa dig någonting intressant?
(t.ex. pekar på ett flygplan uppe i luften eller en stor lastbil på vägen) | U | EU |
| 8. Är ditt barn intresserat av andra barn?
(t.ex. tittar ditt barn på andra barn, ler mot dem, går fram till dem?) | U | EU |
| 9. Visar ditt barn dig saker genom att komma med dem till dig eller hålla upp dem för att du ska se dem – inte för att få hjälp, utan bara för att dela med sig?
(t.ex. genom att visa dig en blomma, ett gosedjur eller en leksaksbil) | U | EU |
| 10. Reagerar ditt barn när du ropar hans eller hennes namn?
(t.ex. brukar han/hon titta upp, tala eller försöka kommunicera med ljud, eller stanna upp i vad han/hon gör när du ropar hans/hennes namn?) | U | EU |
| 11. När du ler mot ditt barn, ler han/hon då tillbaka mot dig? | U | EU |
| 12. Blir ditt barn upprört/ledset av oljud som förekommer i vardagen?
(t.ex. skriker eller gråter ditt barn som reaktion på oljud såsom hög musik eller dammsugarljud?) | U | EU |
| 13. Går ditt barn? | U | EU |
| 14. Tittar ditt barn dig i ögonen när du talar eller leker med honom/henne, eller när du klär på honom/henne? | U | EU |
| 15. Försöker ditt barn härma vad du gör?
(t.ex. vinka adjö, klappa händerna, eller göra lustiga ljud när du gör det) | U | EU |
| 16. Om du vänder dig om för att titta på någonting, följer ditt barn då din blick för att se vad du tittar på? | U | EU |
| 17. Försöker ditt barn få dig att titta på honom/henne?
(t.ex. tittar ditt barn på dig för att få beröm, eller säger ”kolla” eller ”titta på mig”?) | U | EU |
| 18. Förstår ditt barn när du säger till honom eller henne att göra någonting?
(t.ex. om du inte pekar, kan barnet förstå när du säger ”lägg boken på stolen” eller ”hämta filten åt mig”?) | U | EU |
| 19. Om något nytt händer, tittar ditt barn på ditt ansikte för att se hur du reagerar på det?
(t.ex. om han eller hon hör ett märkligt ljud, eller ser en ny leksak, tittar han/hon då på ditt ansikte?) | U | EU |
| 20. Gillar ditt barn rörelseaktiviteter?
(t.ex. att bli gungad eller studsad på ditt knä) | U | EU |

Total poäng: _____

1. Om du pekar på något på andra sidan rummet, tittar _____ då på det?



2. Du rapporterade att du undrat huruvida ditt barn är döv. Vad fick dig att undra det?



3. Leker _____ låtsaslekar eller fantasilekar?

Ja

Nej

Kan du ge mig ett exempel på en låtsaslek han/hon ägnar sig åt? (Om föräldern inte ger ett av exemplen på EJ UTFALL nedan, fråga då om vart och ett av dem i tur och ordning.)

Brukar han/hon någonsin...

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Låtsas dricka ur en leksaker mugg? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Låtsas äta med en leksaker gaffel eller -sked? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Låtsas tala i telefon? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Låtsas mata en docka eller ett gosedjur med riktig mat eller låtsasmat? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Putta en bil som om den åker längs en låtsasväg? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Låtsas vara en robot, ett flygplan, en ballerina, eller någon annan favoritfigur? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Sätta en leksakskastrull på en låtsasspis? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Röra om låtsasmat? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Sätta en actionfigur eller en docka i en bil eller lastbil som om den är föraren eller passageraren | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Låtsas dammsuga mattan, sopa golvet, eller klippa gräset | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Övrigt (beskriv) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

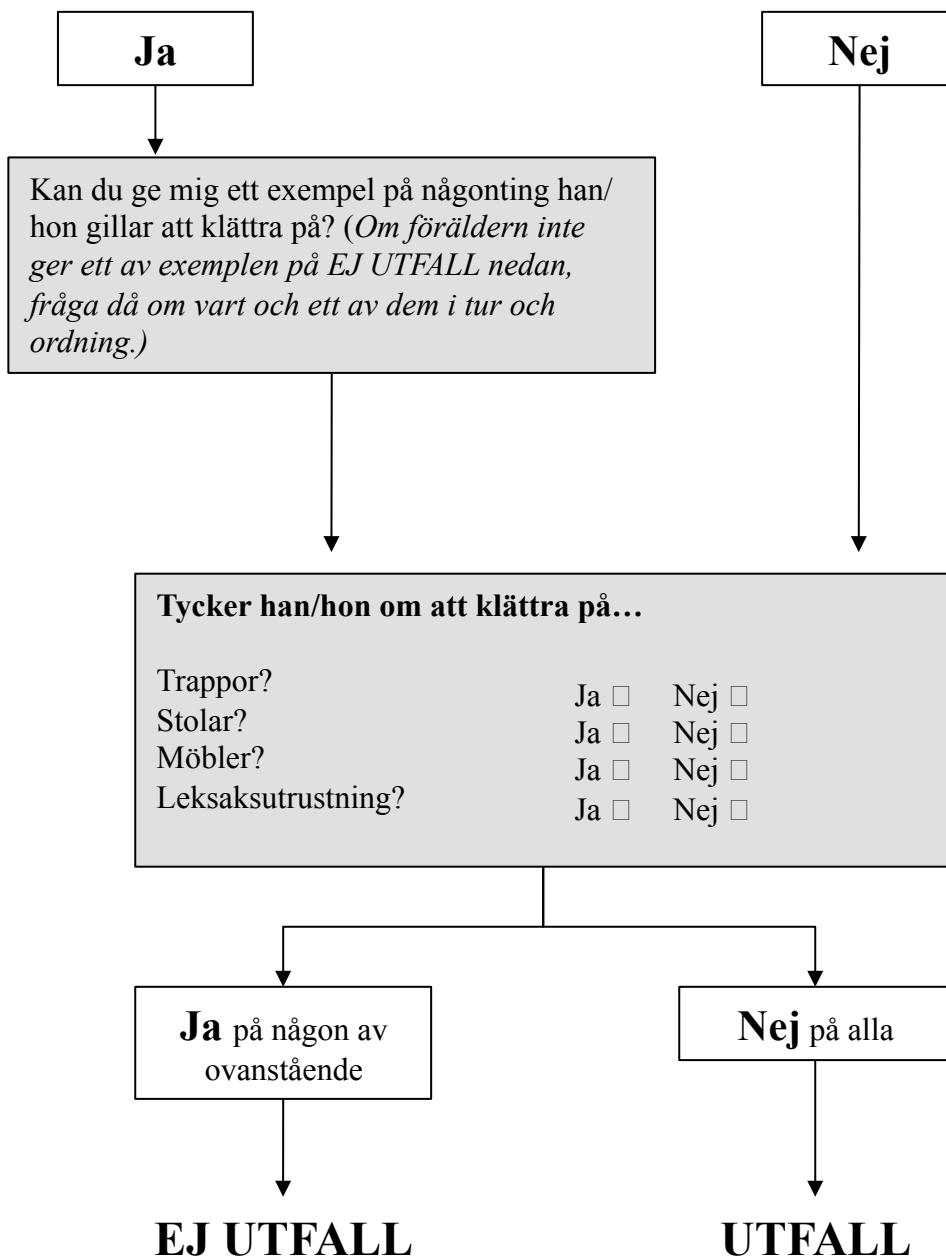
Ja på någon

Nej på alla

EJ UTFALL

UTFALL

4. Gillar _____ att klättra på saker?



5. Gör _____ ovanliga fingerrörelser nära sina ögon?

Ja

Nej

Kan du beskriva dessa rörelser (Om föräldern inte ger ett av exemplen på EJ UTFALL nedan, fråga då om vart och ett av dem i tur och ordning.)

EJ UTFALL

Brakar han/hon någonsin...
(Exemplen nedan indikerar EJ UTFALL)

Titta på sina händer? Ja Nej
Röra sina fingrar när han/hon leker tittut? Ja Nej

Brakar han/hon någonsin...
(Exemplen nedan indikerar UTFALL)

Vicka på sina fingrar nära sina ögon? Ja Nej
Hålla sina händer nära sina ögon? Ja Nej
Hålla sina händer vid sidan om sina ögon? Ja Nej
Flap his/her hands near his/her face? Ja Nej
Övrigt (beskriv) Ja Nej

Ja på någon av ovanstående

Nej på alla ovanstående

Ja på någon av ovanstående

Händer detta mer än två gånger/vecka?

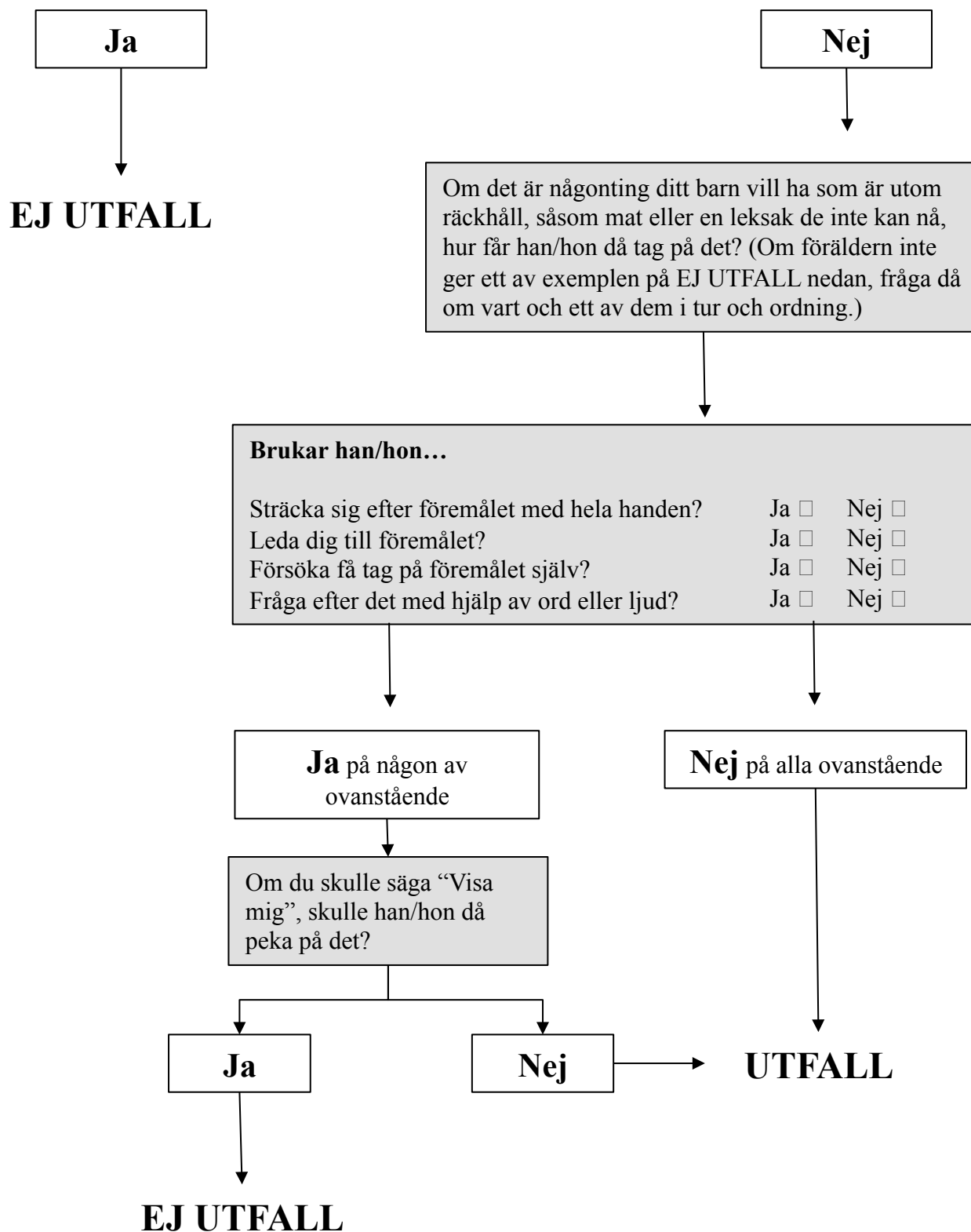
Nej

Ja

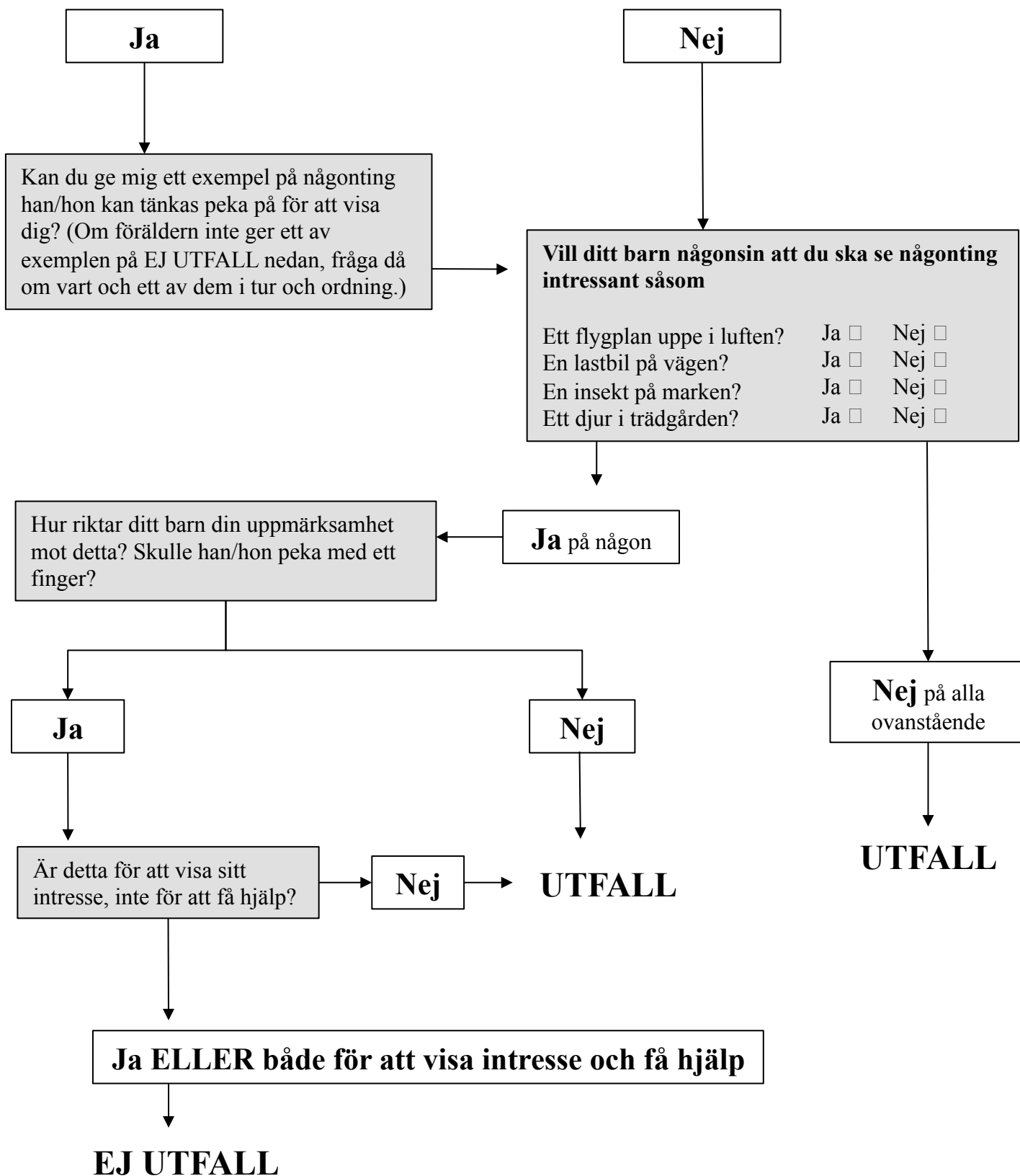
EJ UTFALL

UTFALL

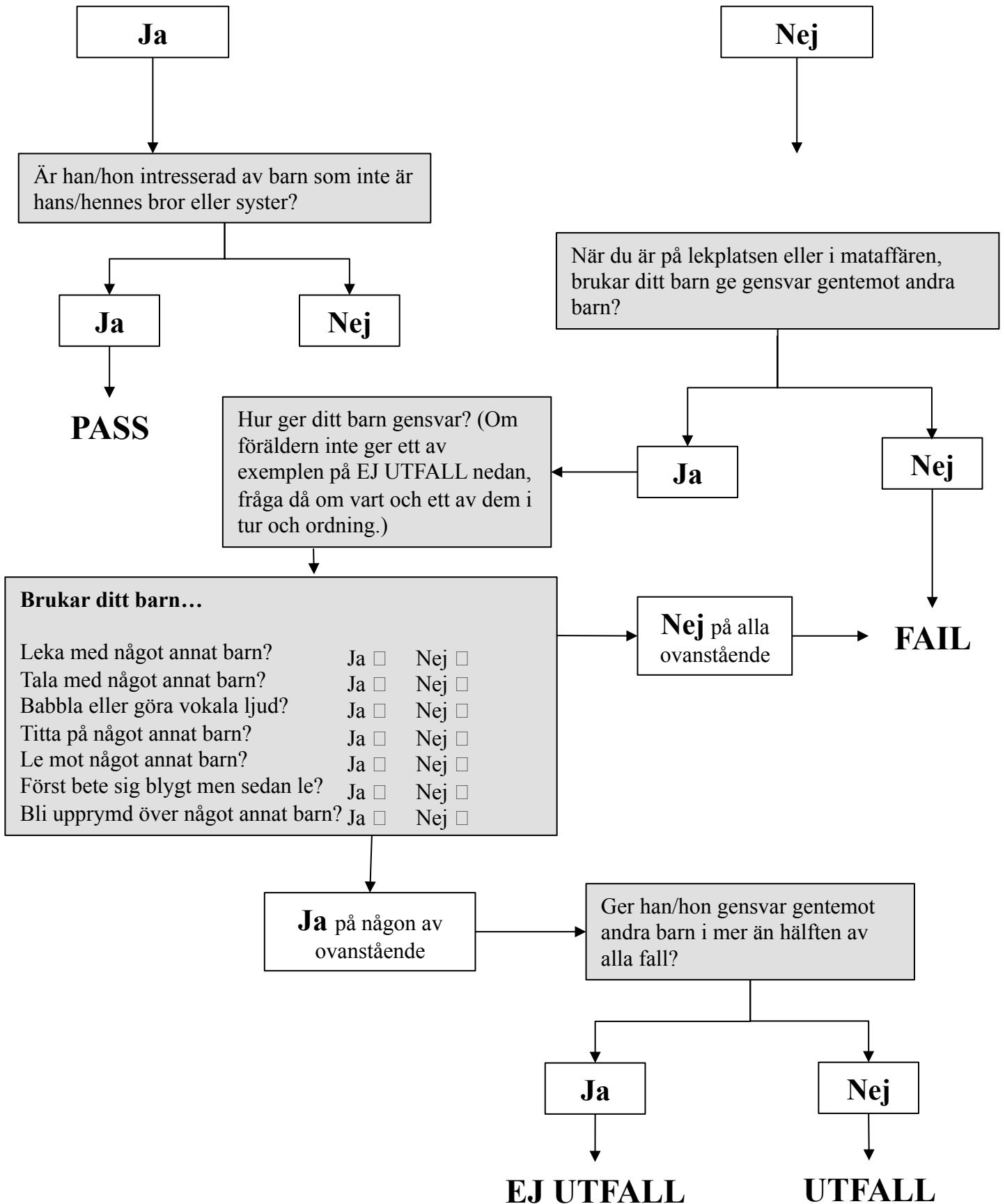
6. Pekar ditt barn med sitt finger för att be om någonting eller för att få hjälp?



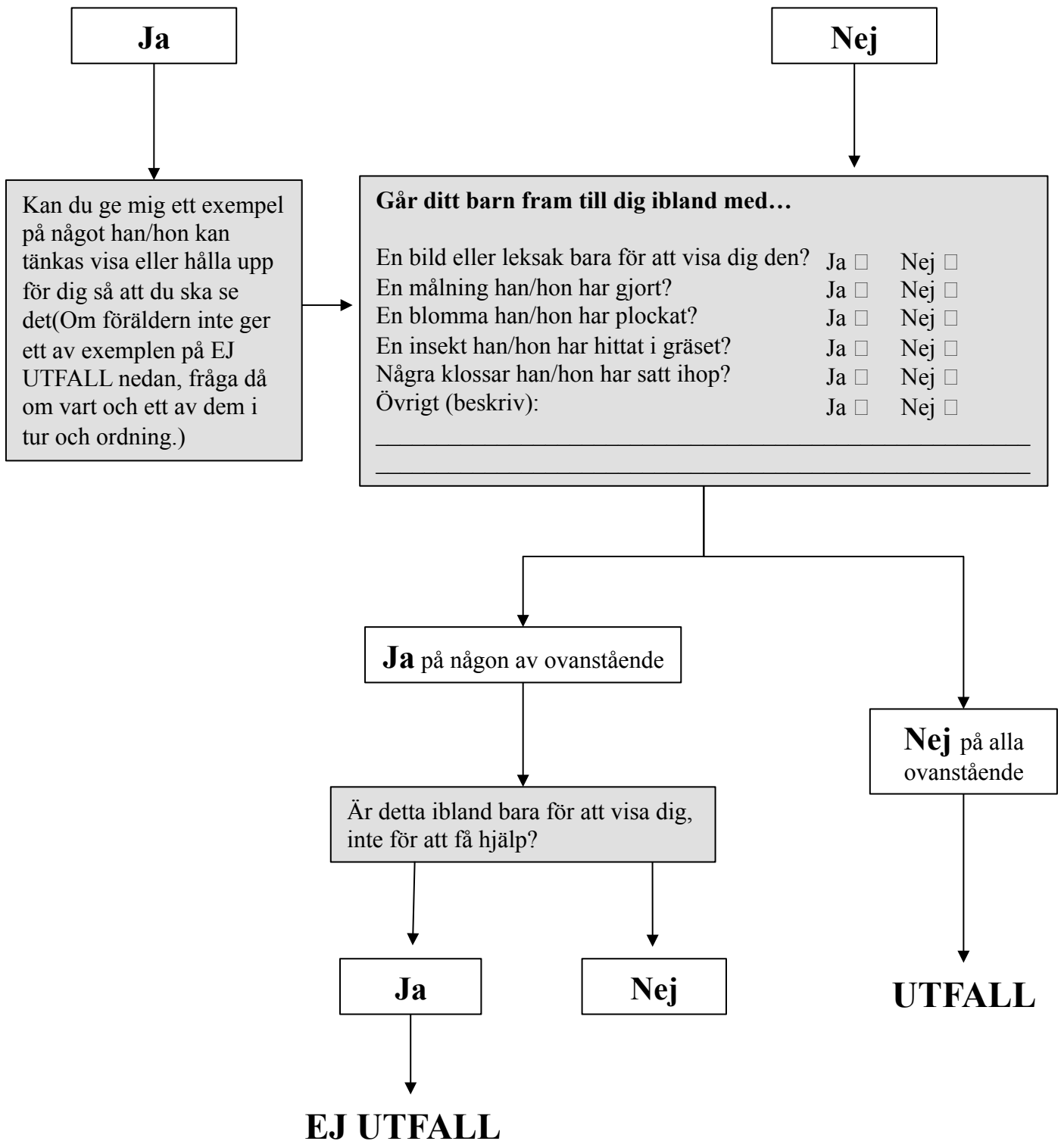
7. * Om intervjuaren just frågade #6, börja här. Vi pratade just om att peka för att be om någonting, FRÅGA ALLA → Pekar ditt barn med sitt finger bara för att visa dig någonting intressant?



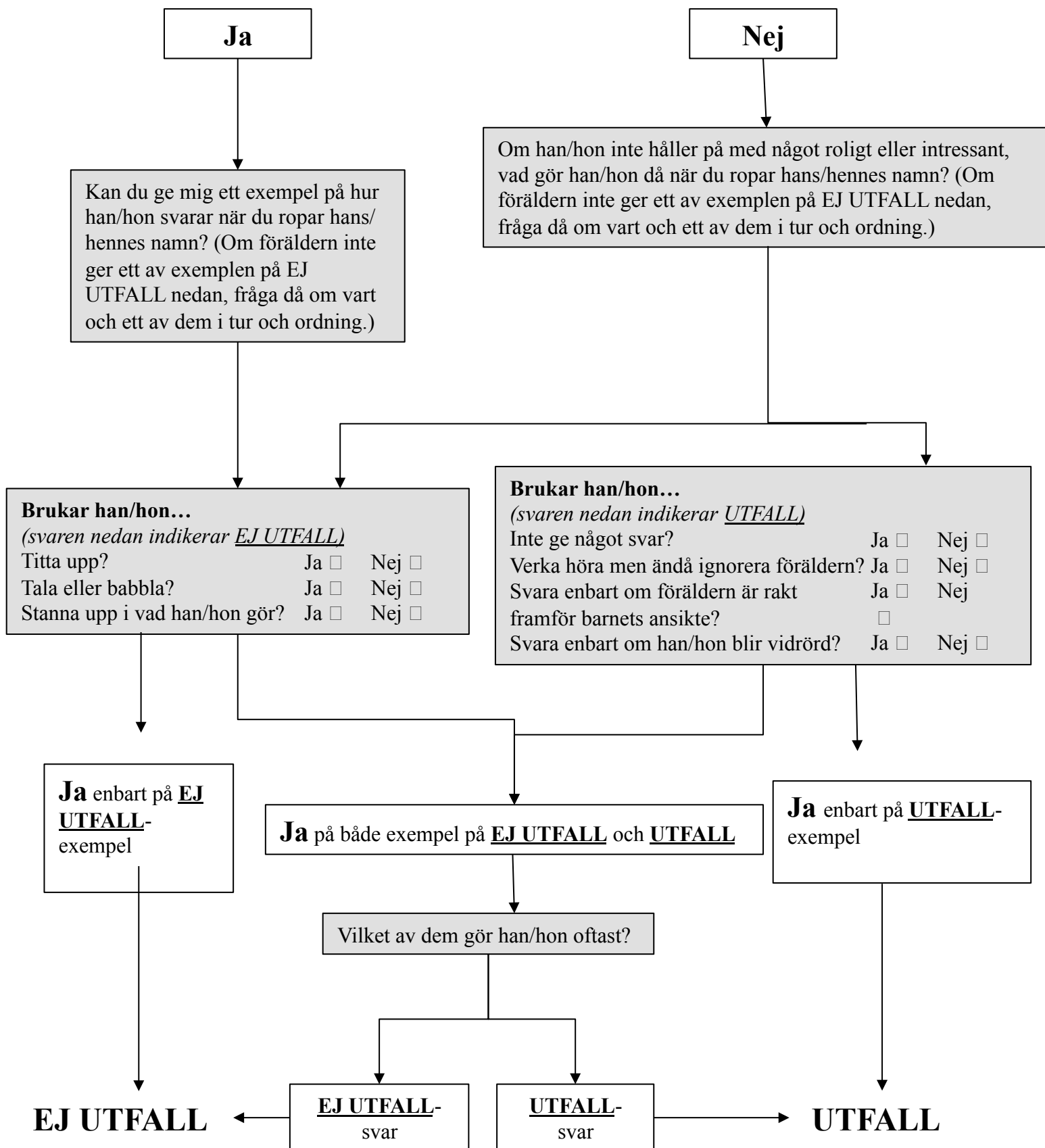
8. Är _____ intresserad av andra barn?



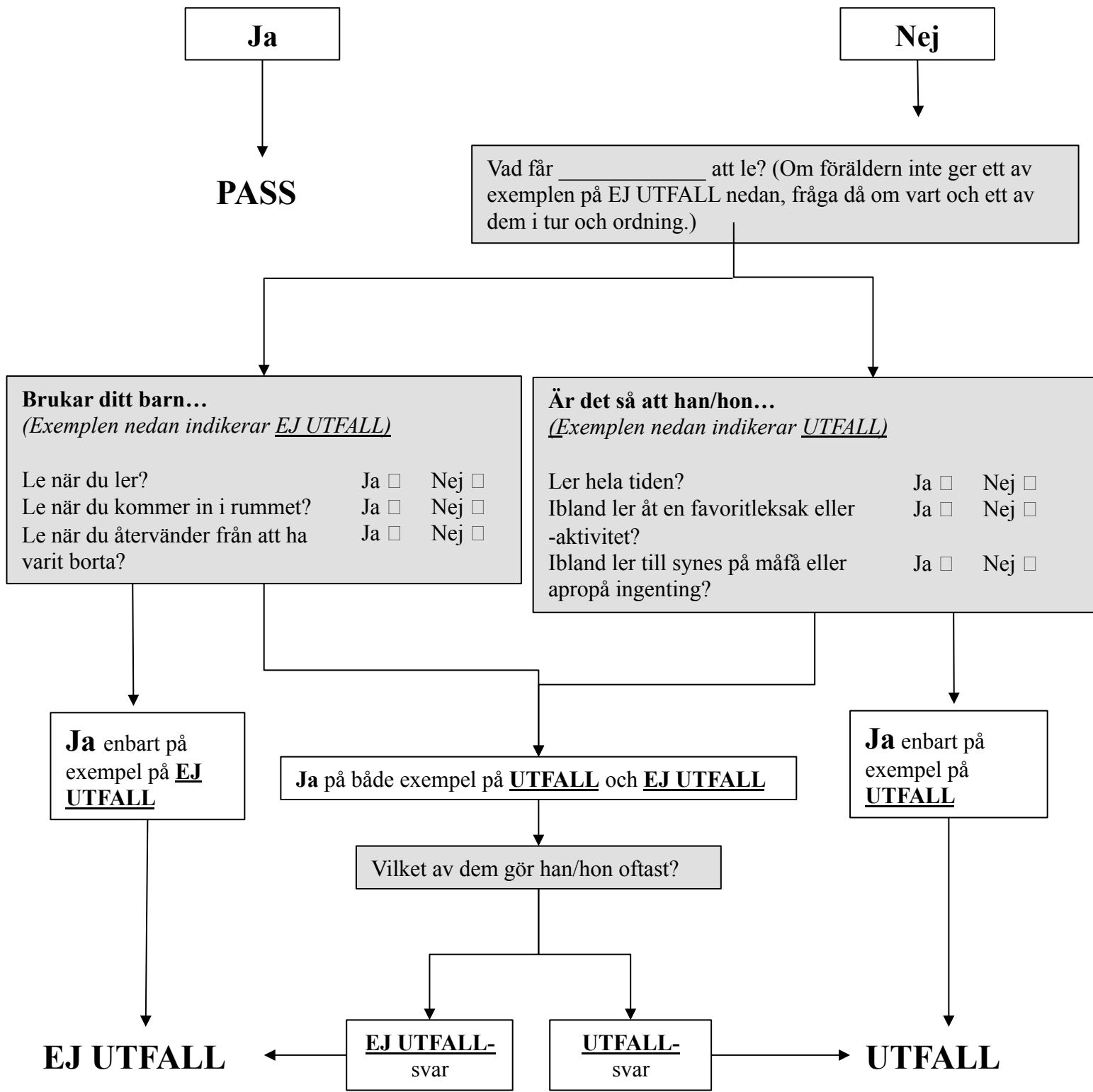
9. Visar _____ dig saker genom att komma fram med dem till dig eller hålla upp dem för att du ska se dem? Inte bara för att få hjälp, utan för att dela med sig?



10. Svarar _____ när du ropar hans/hennes namn?



11. När du ler mot _____, ler han/hon då tillbaka mot dig?



12. Blir _____ upprörd av ljud som förekommer i vardagen?

Ja

Nej

Reagerar ditt barn negativt på ljudet av...

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| En tvättmaskin? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Gråtande bebisar? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Dammsugare? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Hårtork? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Trafik? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Skriande eller tjutande bebisar? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Hög musik? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Telefon/dörrklocka som ringer? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Platser med mycket oväsen, såsom mataffärer eller restauranger | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Övrigt (beskriv): | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
- _____
- _____

EJ UTFALL

Ja på två eller fler

Hur reagerar ditt barn på dessa ljud?
(Om föräldern inte ger ett av exemplen på EJ UTFALL nedan, fråga då om vart och ett av dem i tur och ordning.)

Brukar ditt barn...

(Svaren nedan indikerar EJ UTFALL)

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Lugnt täcka för sina öron? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Säga till dig att han/hon inte tycker om ljudet? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Brukar ditt barn...

(Svaren nedan indikerar UTFALL)

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Skrika? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Gråta? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Upprörd täcka för sina öron? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Ja enbart på EJ UTFALL-exempel

Ja på både EJ UTFALL och UTFALL

Ja enbart på UTFALL-exempel

Vilket av dem gör han/hon oftast

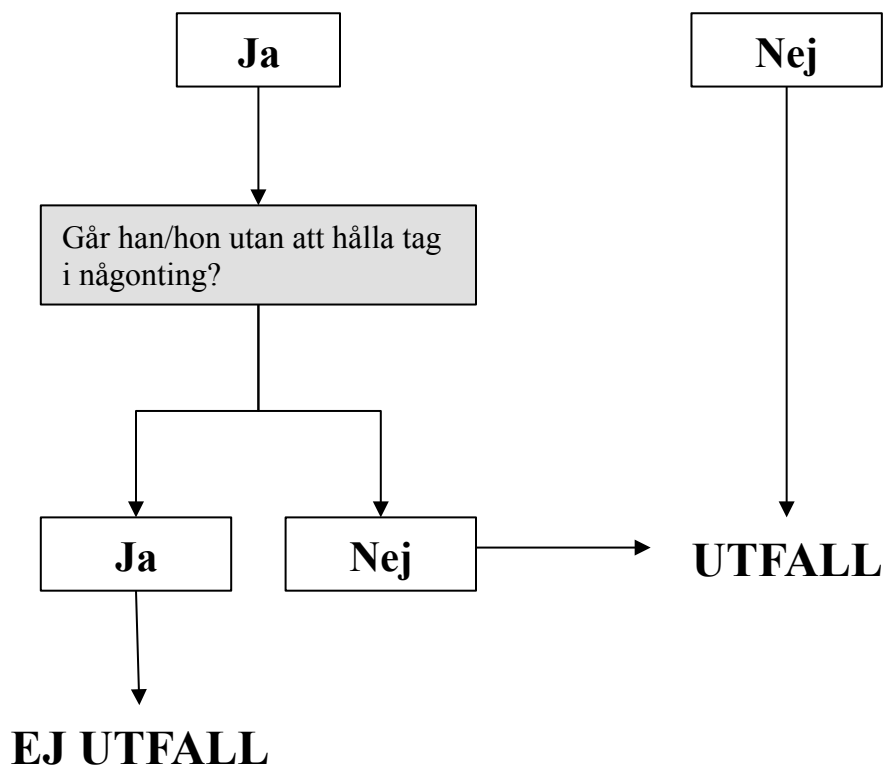
EJ UTFALL

EJ UTFALL-svar

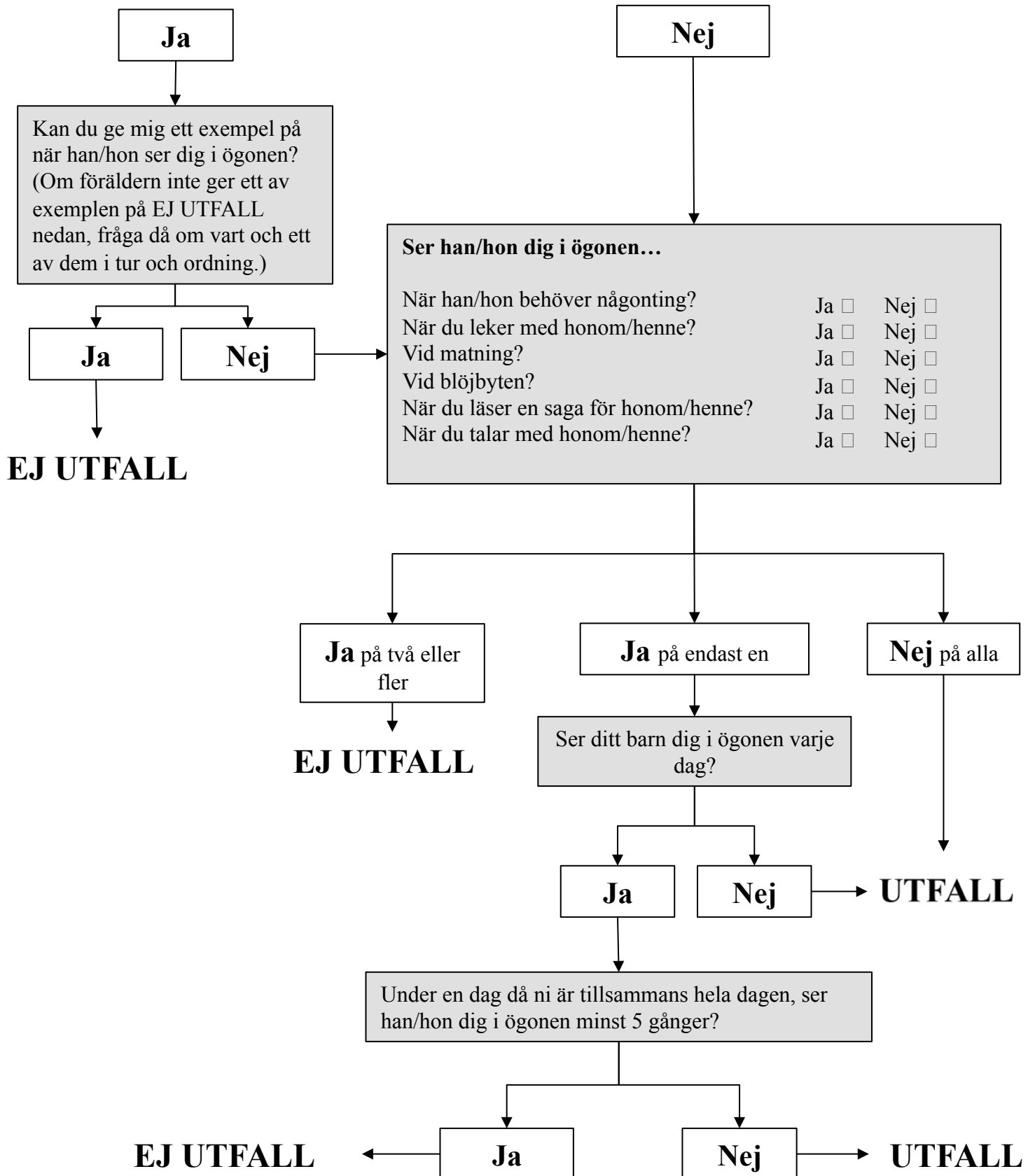
UTFALL-svar

UTFALL

13. Går _____?



14. Tittar _____ dig i ögonen när du talar eller leker med honom/henne, eller byter blöja på honom/henne?



15. Försöker _____ kopiera vad du gör?

Ja

Nej

Kan du ge mig ett exempel på något han/hon skulle försöka kopiera? (Om föräldern inte ger ett av exemplen på EJ UTFALL nedan, fråga då om vart och ett av dem i tur och ordning.)

Försöker ditt barn kopiera vad du gör om du...

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Räcker ut tungan? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Gör ett lustigt ljud? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Vinkar adjö? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Klappar dina händer? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Sätter dina fingrar mot läpparna för att signalera "Shhh"? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Kastar en slängkyss? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Övrigt (beskriv): | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
- _____
- _____

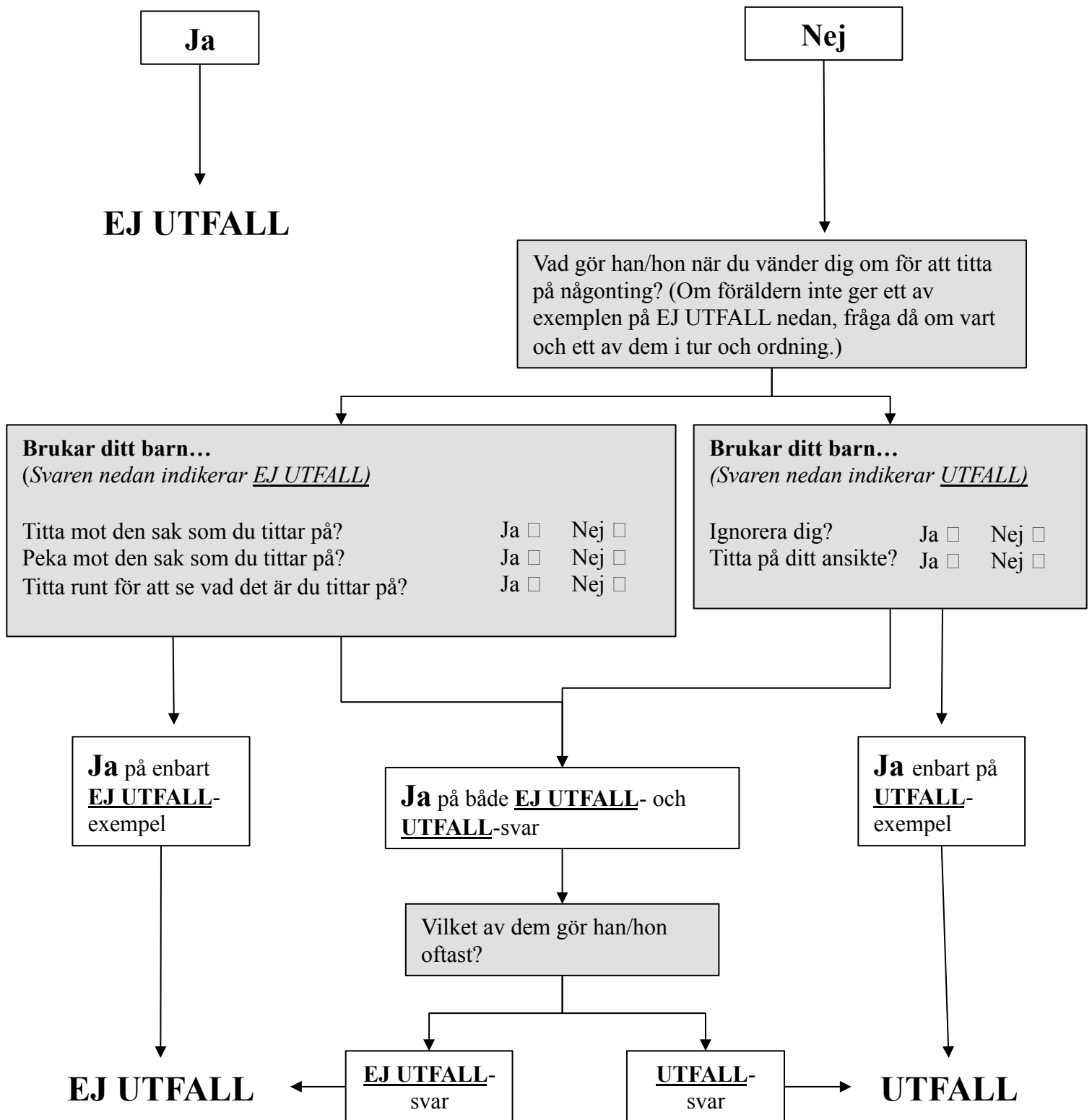
Ja på två eller fler

Ja på en eller inga

EJ UTFALL

UTFALL

16. Om du vänder dig om för att titta på någonting, tittar då _____ runt för att se vad det är du tittar på?



17. Försöker _____ få dig att titta på honom/henne?

Ja

Nej

Kan du ge mig ett exempel på hur han/hon skulle försöka få dig att titta på honom/henne? (Om föräldern inte ger ett av exemplen på EJ UTFALL nedan, fråga då om vart och ett av dem i tur och ordning.)

Brukar han/hon...

Säga "Titta!" eller "Kolla på mig!"?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Babbla eller göra något ljud för att få dig att titta på vad han/hon gör?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Titta på dig för att få beröm eller kommentarer?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Fortsätta titta för att se om du tittar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Övrigt (beskriv):	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

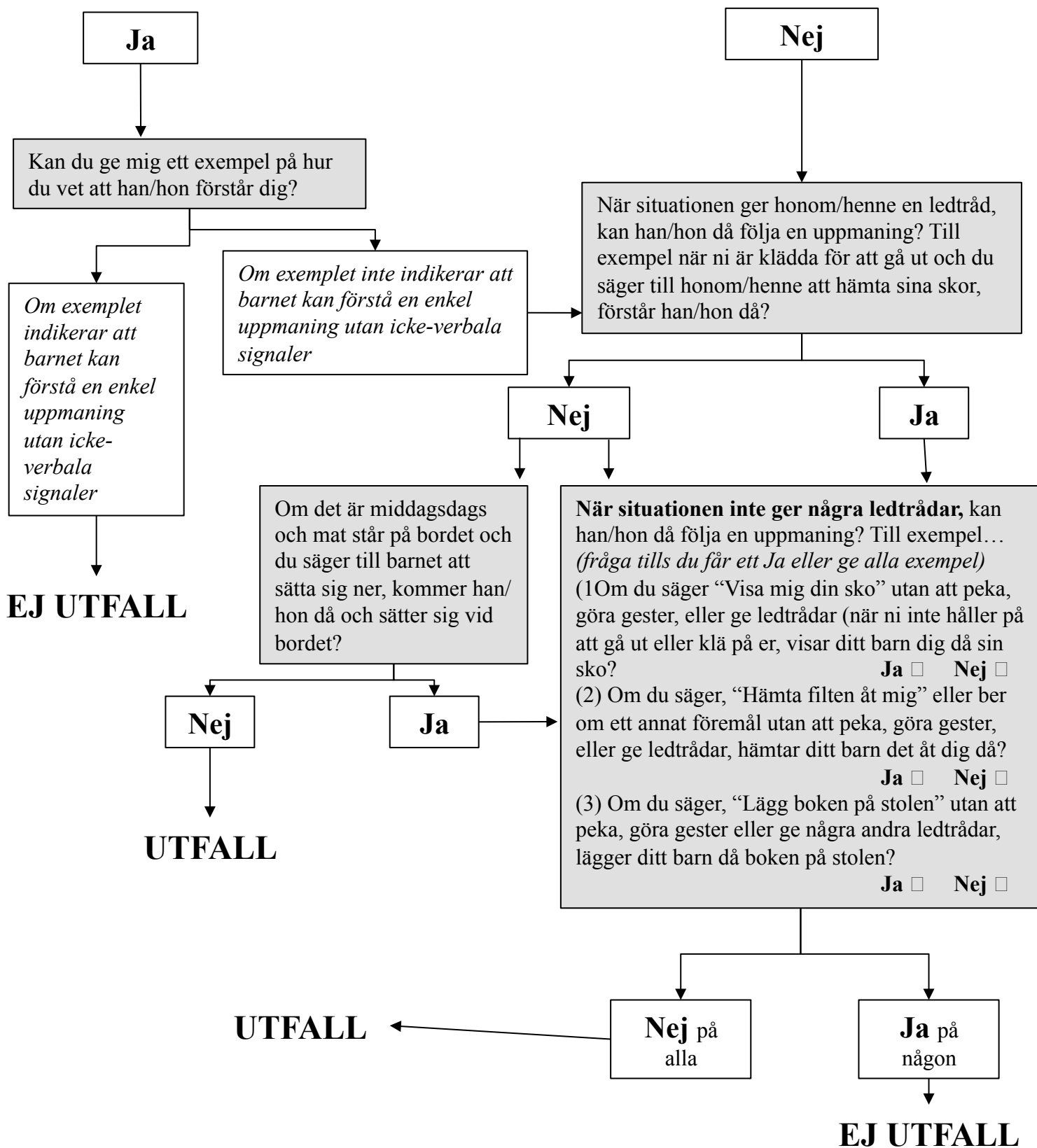
Ja på någon

Ja på inga

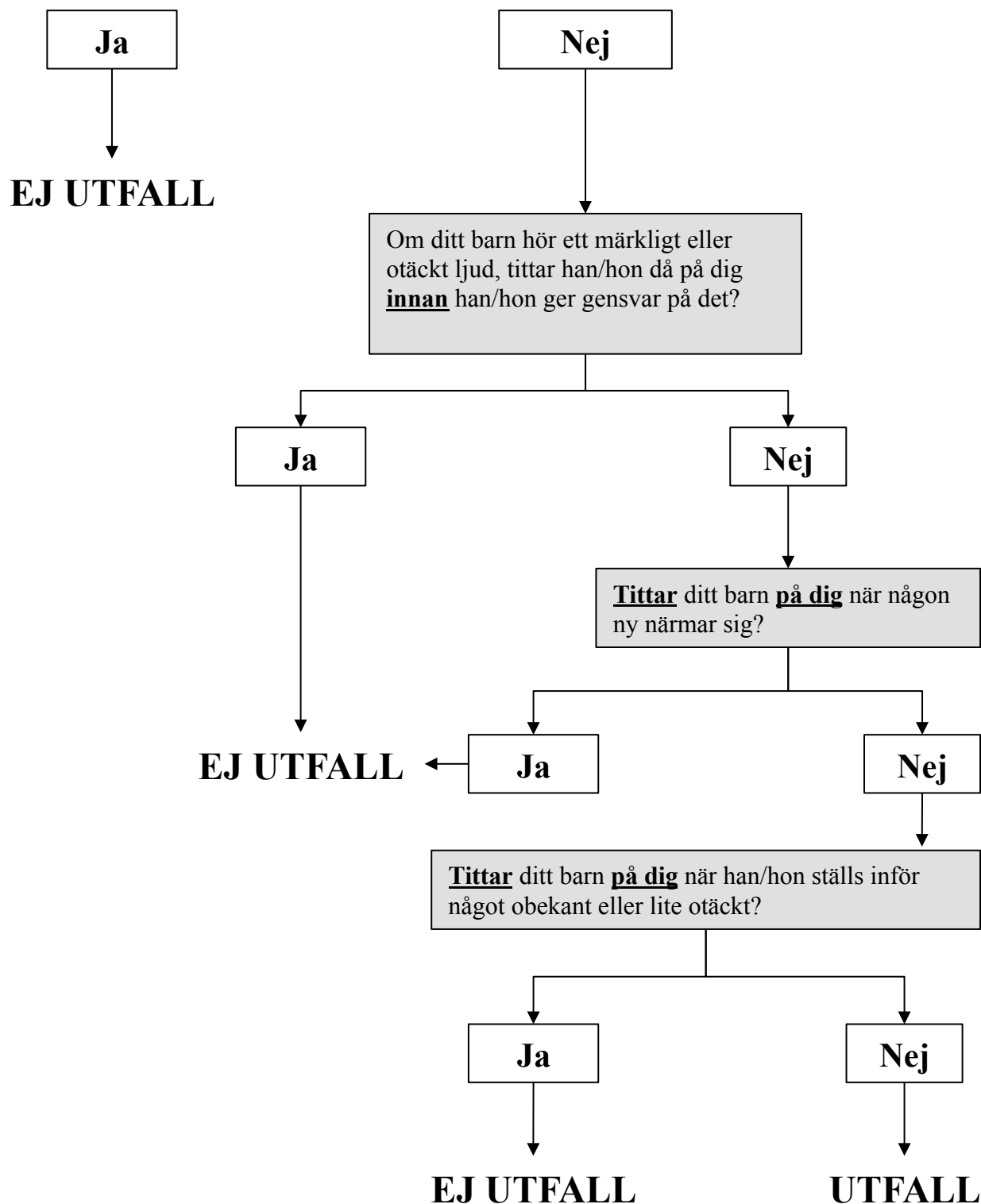
EJ UTFALL

UTFALL

18. Förstår _____ när du säger till honom/henne att göra någonting?



19. Om någonting nytt händer, tittar då _____ på ditt ansikte för att se hur du känner inför det?



20. Gillar _____ rörelseaktiviteter?

