

M-CHAT-R™ (Modified Checklist for Autism in Toddlers Revised)

Nama anak :
Umur :

Tarikh :
Hubungan :

Sila jawab soalan berikut mengenai anak anda. Fikirkan mengenai tingkahlaku kanak-kanak. Jika anda melihat kanak-kanak melakukan tingkah laku dibawah hanya beberapa kali berbanding selalu jawab Tidak. Sila bulatkan Ya atau Tidak pada setiap soalan.

| | | |
|---|----|-------|
| 1. Sekiranya anda menunjuk pada alat permainan yang jauh dari anda, adakah anak anda akan melihat kepada alat permainan tersebut? | YA | TIDAK |
| 2. Pernahkah anda terfikir bahawa anak anda ada masalah pendengaran? | YA | TIDAK |
| 3. Adakah anak anda pernah bermain olok-olok/ berlakon, contohnya menelefon, bermain anak patung atau bermain masak-masak dan sebagainya? | YA | TIDAK |
| 4. Adakah anak anda suka memanjat, contohnya tangga, kerusi, meja dan lain-lain? | YA | TIDAK |
| 5. Adakah anak anda membuat pergerakan jari yang ganjil/pelik dekat mukanya? | YA | TIDAK |
| 6. Adakah anak anda pernah menunjuk/ menggunakan jari telunjuk untuk meminta sesuatu? | YA | TIDAK |
| 7. Adakah anak anda pernah menunjuk menggunakan jari telunjuk terhadap sesuatu yang menarik minatnya? | YA | TIDAK |
| 8. Adakah anak anda menunjukkan minat terhadap kanak-kanak lain? (contohnya bergaul, bermain, berkawan) | YA | TIDAK |
| 9. Pernahkah anak anda membawa objek/benda dan menunjukkannya kepada anda? | YA | TIDAK |
| 10. Adakah anak anda bertindak balas apabila namanya dipanggil? | YA | TIDAK |
| 11. Adakah anak anda senyum bila melihat anda atau membalas senyuman anda? | YA | TIDAK |
| 12. Pernahkah anak anda kelihatan seperti tersangat sensitif/terganggu terhadap bunyi bising? (contohnya: menutup telinga) | YA | TIDAK |
| 13. Bolehkah anak anda berjalan? | YA | TIDAK |
| 14. Adakah anak anda bertentang mata dengan anda semasa anda sedang bercakap,bermain atau sedang memakai pakaian ? | YA | TIDAK |
| 15. Adakah anak anda meniru perlakuan anda (contohnya meniru mimik muka anda dan sebagainya)? | YA | TIDAK |
| 16. Adakah anak anda akan melihat pada benda yang sedang anda lihat? | YA | TIDAK |
| 17. Adakah anak anda cuba menarik perhatian anda terhadap aktiviti yang dilakukannya? | YA | TIDAK |

| | | |
|--|----|-------|
| 18. Adakah anak anda dapat memahami percakapan orang? | YA | TIDAK |
| 19. Adakah anak anda memandang ke muka anda untuk melihat reaksi/tindakblas anda apabila ia menghadapi sesuatu atau tidak biasa? | YA | TIDAK |
| 20. Adakah anak anda seronok apabila ditimang, dibuai atau dihenjut atas kaki/paha dan sebagainya? | YA | TIDAK |

© 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton

ALGORITMA SKOR

Bagi semua item kecuali nombor 2, 5 dan 12 dengan respon "Tidak" ialah risiko autisme. Item 2, 5 dan 12 dengan respon "Ya" ialah risiko autisme.

RISIKO AUTISME-RENDAH: JUMLAH SKOR 0-2

Jika kanak-kanak berusia muda daripada 24 bulan, lakukan kembali saringan selepas usia 2 tahun. Tidak memerlukan tindakan susulan kecuali pem kanak-kanak menunjukkan risiko autisme.

RISIKO AUTISME-SEDERHANA: JUMLAH SKOR 3-7

Jalankan MCHAT lanjutan (second stage of M--CHAT--R/F) untuk mendapatkan maklumat tambahan item respon yang berisiko. Jika skor M--CHAT--R/F kekal 2 ke atas saringan kanak-kanak positif. Rujuk kanak-kanak untuk penilaian lanjut. Jika skor saringan 0-1 tidak memerlukan tindakan lanjut kecuali pemerhatian risiko autisme. Kanak-kanak perlu menjalani saringan semula pada pemeriksaan kesihatan seterusnya.

RISIKO AUTISME-TINGGI : JUMLAH SKOR 8-20

Boleh langkau M--CHAT--R/F. Segera dapatkan diagnosis dan intervensi awal.