



ESSENCE-Q-REV (Gillberg C 2012)



Imię dziecka:	
----------------------	--

Wiek:		Wypełnione:	
Płeć:		Data:	

Proszę przeznaczyć kilka minut aby przeczytać i odpowiedzieć na następujące pytania.

- ❖ **T = Tak**
- ❖ **Cz/Tr = Czasami / Trochę**
- ❖ **N = Nie**

Czy Pan lub Pani (lub ktokolwiek inny, jeżeli 'tak' to kto?) miał/a obawy, trwające więcej niż kilka miesięcy, dotyczące dziecka:

1. Rozwoju ogólnego
2. Rozwoju motorycznego/etapów w rozwoju
3. Reakcji sensorycznych (odczucia np.: dotyku, dźwięku, światła, zapachu, smaku, ciepła, zimna, bólu)
4. Komunikacji /języka werbalnego /gaworzenia
5. Nadmiernej aktywności /pasywności/ nadmiernej impulsywności
6. Uwagi / koncentracji / "słuchania"
7. Interakcji społecznych/zainteresowania innymi dziećmi
8. Zachowania (np. zachowań powtarzających się, stereotypowych i przymusowych)
9. Nastroju (drażliwości, przygnębienia, manii, nagłych ataków płaczu)
10. Spania
11. Jedzenia
12. Dziwne, nietypowe zachowania, epizody nagłej nieobecności

Jeśli udzielił/a Pan/Pani odpowiedzi "T" lub "Cz/Tr" na którykolwiek z powyższych pytań, proszę poniżej krótko opisać:
