

Inventário do Desenvolvimento de Habilidades Comunicativas MacArthur. Forma abreviada. Nível II (16-36 meses)

Nome da criança _____ Sexo _____
 Idade (meses) _____ Data de Nascimento _____ Data de hoje _____
 Assinale quem responde ao questionário ___mãe ___pai ___outro (qual a relação com a criança)

Lista de Vocabulário

As crianças entendem mais palavras das que dizem. Estamos interessados nas palavras que a criança diz. Assinale as palavras que a criança diz, mesmo se a sua pronúncia não é perfeita (por exemplo se diz *melo* em vez de *caramelo*)

Cão	<input type="checkbox"/>	Boca	<input type="checkbox"/>	Passeio	<input type="checkbox"/>	Sentar	<input type="checkbox"/>
Galinha	<input type="checkbox"/>	Rabo	<input type="checkbox"/>	Avó/avô	<input type="checkbox"/>	Subir	<input type="checkbox"/>
Gato	<input type="checkbox"/>	Mão	<input type="checkbox"/>	Mamã	<input type="checkbox"/>	Voar	<input type="checkbox"/>
Mosca	<input type="checkbox"/>	Pés	<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	Jogar	<input type="checkbox"/>
Vaca	<input type="checkbox"/>	Biberão	<input type="checkbox"/>	Papá	<input type="checkbox"/>	Coco	<input type="checkbox"/>
Avião	<input type="checkbox"/>	Bombinha	<input type="checkbox"/>	Tia/tio	<input type="checkbox"/>	Frio	<input type="checkbox"/>
Carro	<input type="checkbox"/>	Chupeta	<input type="checkbox"/>	Dormir	<input type="checkbox"/>	Grande	<input type="checkbox"/>
História	<input type="checkbox"/>	Cubo	<input type="checkbox"/>	A ver	<input type="checkbox"/>	Mau/má	<input type="checkbox"/>
Balão	<input type="checkbox"/>	Papel	<input type="checkbox"/>	Olá	<input type="checkbox"/>	Quente	<input type="checkbox"/>
Bola	<input type="checkbox"/>	Prato	<input type="checkbox"/>	Chupeta	<input type="checkbox"/>	Tolo/Parvo	<input type="checkbox"/>
Água	<input type="checkbox"/>	Telefone	<input type="checkbox"/>	Está bem	<input type="checkbox"/>	Manhã	<input type="checkbox"/>
Sanduche	<input type="checkbox"/>	Vaso	<input type="checkbox"/>	Abrir	<input type="checkbox"/>	Noite	<input type="checkbox"/>
Caramelos	<input type="checkbox"/>	Sabão	<input type="checkbox"/>	Andar	<input type="checkbox"/>	Comigo	<input type="checkbox"/>
Bolacha	<input type="checkbox"/>	Berço	<input type="checkbox"/>	Dançar	<input type="checkbox"/>	Eu	<input type="checkbox"/>
Iogurte	<input type="checkbox"/>	Cama	<input type="checkbox"/>	Tomar banho	<input type="checkbox"/>	Meu	<input type="checkbox"/>
Leite	<input type="checkbox"/>	Espelho	<input type="checkbox"/>	Beber	<input type="checkbox"/>	Teu	<input type="checkbox"/>
Pão	<input type="checkbox"/>	cadeira	<input type="checkbox"/>	Cair	<input type="checkbox"/>	Quê?	<input type="checkbox"/>
Dinheiro	<input type="checkbox"/>	Televisão	<input type="checkbox"/>	Cantar	<input type="checkbox"/>	Abaixo/debaixo	<input type="checkbox"/>
Banana	<input type="checkbox"/>	Ar/vento	<input type="checkbox"/>	Chorar	<input type="checkbox"/>	Aí	<input type="checkbox"/>
Presunto	<input type="checkbox"/>	Chuva	<input type="checkbox"/>	Comer	<input type="checkbox"/>	Aqui	<input type="checkbox"/>
MEIAS	<input type="checkbox"/>	Flor	<input type="checkbox"/>	Correr	<input type="checkbox"/>	Bem	<input type="checkbox"/>
Camisa	<input type="checkbox"/>	Sol	<input type="checkbox"/>	Limpar	<input type="checkbox"/>	Dois/duas	<input type="checkbox"/>
Calças	<input type="checkbox"/>	Casa	<input type="checkbox"/>	Ouvir	<input type="checkbox"/>	Mais	<input type="checkbox"/>
Guarda-chuva	<input type="checkbox"/>	Colégio/escola	<input type="checkbox"/>	Pintar	<input type="checkbox"/>	Querer /quero	<input type="checkbox"/>
Sapato	<input type="checkbox"/>			Querer	<input type="checkbox"/>	Comer	<input type="checkbox"/>
						Também	<input type="checkbox"/>

O seu filho /filha já começou a combinar palavras, como por exemplo “papá carro”, bebé mau” ou “quero água”?

– Ainda não

– Às vezes

– Sempre

Diga três exemplos das frases mais longas que o/a tenha escutado dizer recentemente:

- 1- _____
 2- _____
 3- _____

Informação Geral

Dados da Criança

Nome da criança _____ Sexo: Masc. Fem.

Data de Nascimento _____ Idade _____ Lugar de Nascimento _____

Endereço Completo _____ Telefone _____

Nº de filhos na família: _____ Ordem de nascimento da criança 1º 2º 3º

Outro (especifique) _____

Com quem passa a criança a maior parte do dia? Mãe Avó

Outro (especifique) _____

Contacto com outras línguas

Em que língua fala habitualmente o pai e a mãe? Pai: _____ Mãe: _____

A criança tem contacto com línguas que não sejam o Português? Sim Não

Se respondeu sim, com que língua ou línguas tem contacto? _____ Desde que idade (em meses) _____ Quem a fala? _____ Quantas vezes por semana? _____ Quantas horas ao dia? _____

Informação sobre a saúde da criança

A criança nasceu antes dos 9 meses? Sim Não Quanto pesava no nascimento? _____

A criança teve alguma doença ou problema de audição e linguagem?

Sim Não

Se respondeu sim, por favor descreva o problema:

A criança teve infecções de ouvido? Sim Não Se respondeu sim, quantas por ano? _____

Dados dos Pais

Mãe Nome _____

Naturalidade _____

Pai Nome _____

Naturalidade _____

Pessoa que respondeu ao questionário mãe pai outro (especifique) _____

Ocupação

Por favor indique com clareza a profissão do pai ou da mãe; por exemplo, se é empregado comercial, assinale também em que tipo de comércio trabalha (por exemplo, empregada em loja de pronto a vestir); em vez de encarregado de..., indique também o nível escolar (primária, secundária...)

Mãe
Profissão _____
Descrição da Actividade _____

Pai
Profissão _____
Descrição da Actividade _____

Escolaridade

Por favor assinale o nível mais alto de escolaridade.

Mãe

Sem escolaridade

Primária

Secundária

Universidade

Pai

Sem escolaridade

Primária

Secundária

Universidade

Indique o último título académico terminado (por exemplo, especialização, pós-graduação, mestrado, etc.):

Mãe _____ Pai _____

Observações:
