



# SWYC™ :

## 9 meses

9 meses 0 dias até 11 meses, 31 dias  
9 months, 0 days to 11 months, 31 days  
V1.07, 4/1/17

Nome da Criança (Child name)

Data de Nascimento (DOB):

Idade Gestacional (gestational age)

Data de Hoje (date of administration):

IG Corrigida (ID#):

### MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

As perguntas a seguir são sobre o desenvolvimento de sua criança. Por favor, conte para nós o quanto sua criança faz cada uma destas coisas. Se sua criança já deixou de fazer alguma destas coisas, escolha a resposta que melhor descreve o quanto ele/ela costumava fazer isso antes. Por favor, verifique se respondeu TODAS as perguntas.

|  | Ainda Não | Um pouco | Muito |
|--|-----------|----------|-------|
| Levanta os braços para ser carregado . . . . .   | 0         | 1        | 2     |
| Passa para a posição sentada sozinho(a) . . . . .  | 0         | 1        | 2     |
| Pega alimento com a mão e come . . . . .   | 0         | 1        | 2     |
| Puxa para ficar de pé . . . . .  | 0         | 1        | 2     |
| Brinca de "escondeu-achou" ou "bate palminhas" . . . . .   | 0         | 1        | 2     |
| Chama você de "mama" ou "papa" ou nome parecido . . . . .  | 0         | 1        | 2     |
| Olha ao redor quando você diz coisas como "Onde está sua mamadeira?"<br>ou "Onde está seu cobertor?" . . . . . | 0         | 1        | 2     |
| Imita sons que você faz . . . . .  | 0         | 1        | 2     |
| Atravessa um cômodo andando sem ajuda . . . . .  | 0         | 1        | 2     |
| Atende pedidos como "Venha cá" ou "Me dá a bola" . . . . .   | 0         | 1        | 2     |

### LISTA DE SINTOMAS DO BEBÊ (BPSC)

Estas perguntas são sobre o comportamento da sua criança. Pense sobre o que você esperaria de outras crianças da mesma idade e nos conte o quanto cada pergunta descreve o comportamento de sua criança.

|   | Não | Um pouco | Muito |
|---|-----|----------|-------|
| Sua criança fica incomodada com novas pessoas? . . . . .  | 0   | 1        | 2     |
| Sua criança fica incomodada em lugares novos? . . . . .   | 0   | 1        | 2     |
| É difícil para sua criança lidar com mudanças na rotina? . . . . .                              | 0   | 1        | 2     |
| Sua criança fica incomodada de ser carregada por outras pessoas? . . . . .                      | 0   | 1        | 2     |
| Sua criança chora muito? . . . . .  | 0   | 1        | 2     |
| É difícil para sua criança se acalmar sozinha? . . . . .  | 0   | 1        | 2     |
| Sua criança fica irritada facilmente? . . . . .   | 0   | 1        | 2     |
| Sua criança continua chorando, mesmo quando você a pega no colo e tenta<br>acalmá-la? . . . . . | 0   | 1        | 2     |
| É difícil manter sua criança nas rotinas do dia a dia? . . . . .                                | 0   | 1        | 2     |
| Sua criança tem dificuldades para pegar no sono? . . . . .                                      | 0   | 1        | 2     |
| É difícil para você dormir o suficiente por causa da sua criança? . . . . .                     | 0   | 1        | 2     |
| Sua criança tem dificuldades para manter o sono? . . . . .                                      | 0   | 1        | 2     |

**PREOCUPAÇÕES DOS PAIS (Parent Concerns)****Com relação ao comportamento atual da sua criança:**

|  | Não                   | Um Pouco              | Muito                 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento de sua criança? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)**

|  |                           | Sim                              | Não                            |                            |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|---------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 Alguém que mora com sua criança fuma cigarro?  |                           | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>          |                            |                       |                       |                       |                       |                       |
| 2 No último ano, alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia?                                    |                           | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>          |                            |                       |                       |                       |                       |                       |
| 3 No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir o seu consumo de álcool ou drogas?                   |                           | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>          |                            |                       |                       |                       |                       |                       |
| 4 Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança? |                           | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>          |                            |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | <b>Nunca aconteceu</b>    | <b>Aconteceu algumas vezes</b>   | <b>Frequentemente acontece</b> |                            |                       |                       |                       |                       |                       |
| 5 Nos últimos 12 meses, ficamos preocupados se nossa comida poderia acabar antes que pudessemos comprar mais.        | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>          |                            |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:</b>                                  | <b>Nenhum dia</b>         | <b>Alguns Dias</b>               | <b>Mais da metade dos dias</b> | <b>Quase todos os dias</b> |                       |                       |                       |                       |                       |
| 6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>      |                       |                       |                       |                       |                       |
| 7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>      |                       |                       |                       |                       |                       |
| 8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)?                                  | <b>Não tem conflito</b>   | <b>Com algum conflito</b>        | <b>Muito conflito</b>          | <b>Não se aplica</b>       |                       |                       |                       |                       |                       |
| 9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos  | <b>Sem dificuldade de</b> | <b>Com alguma dificuldade de</b> | <b>Com muita dificuldade</b>   | <b>Não se aplica</b>       |                       |                       |                       |                       |                       |
| 10 Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?                              | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |