

پرسشنامه اوتیسم

نام و نام خانوادگی :

اهل:

ساکن:

تاریخ تولد:

چندمین فرزند خانواده:

وزن تولد:

دور سر موقع تولد:

قد هنگام تولد:

وزن فعلی:

دور سر فعلی:

قد فعلی:

سن شروع تظاهرات بیماری:

وضعیت اقتصادی خانواده: پایین متوسط بالا

وضعیت تحصیلی مادر: پایین متوسط بالا

وضعیت تحصیلی پدر: پایین متوسط بالا

تولد ترم تولد پره ترم

سن بارداری به هفته:

نحوه زایمان: طبیعی سزارین

در صورت انجام زایمان سزارین به چه علتی؟

مشکلات پره ناتال:

آسفکسی مکونیوم آسپیراسیون پرفشاری خون مادر دیابت بارداری

مشکلات نوزادی:

بستری در NICU مشکلات تنفسی ایکتر نوزادی در صورت ایکتر عدد بیلیروبین:

هر کدام از موارد سیر تکاملی زیر در چه سنی اتفاق افتاده است؟

گرددن گرفتن: نشستن: راه رفتن: صدا در آوردن: سن ادای اولین کلمه:

آیا کودک هم اکنون به خوبی صحبت میکند؟

سابقه خانوادگی:

والدین منسوب والدین غیر منسوب

سابقه خانوادگی تشنج دارد ندارد

اگر بیماری سابقه تشنج دارد به سوالات زیر پاسخ دهید:

سن شروع تشنج: نوع تشنج:

آیا تشنج بیمار با دارو کنترل شده است؟ نام داروی ضد تشنج چیست؟

کودک در بررسی های همراه کدام یک را دارد؟

ضایعات پوستی همراه اختلالات خواب اختلالات بینایی اختلالات شنوایی بی قراری

تظاهرات اوتیستیک همراه:

علاقه به موسیقی علاقه به غوطه ور شدن در آب علاقه به حرکات چرخشی انجام کارهای تکراری عدم برقراری ارتباط چشمی علاقه به تماس پوستی

در صورت انجام تست CARS نتیجه: خفیف متوسط شدید عدد تست:

نتایج سایر Work up ها:

Brain CT scan:

Brain MRI:

ABR:

VEP:

ابنورمالیتی های موجود در EEG: خفیف متوسط شدید

تغییرات پس از درمان در EEG: خفیف متوسط شدید

تغییرات تست کارس پس از درمان: خفیف متوسط شدید

Secondary autism: بله خیر

بیماری متابولیک زمینه ای: بله خیر

بیماری ژنتیکی زمینه ای: بله خیر

در صورت وجود بیماری زمینه ای متابولیک یا ژنتیکی نوع آن ذکر شود:

علایم همراه به جز اوتیسم:

توضیحات