

SE NON VEDI IL TRIANGOLO ARANCIO STAI USANDO UNA COPIA NON AUTORIZZATA.

QUESTIONARIO SUL COMPORTAMENTO DEL BAMBINO - Anni 1 ½ - 5

Child Behavior Checklist for Ages 1 ½ - 5 di T. Achenbach & L. Rescorla – 2000

NOME DEL BAMBINO			Professione dei genitori , anche se attualmente non lavorano. <i>(Per favore specificare il tipo di professione - per esempio: meccanico, insegnante di scuola superiore, casalinga, operaio, tornitore, venditore di calzature, sergente dell'esercito).</i> PADRE: Professione _____ MADRE: Professione _____ QUESTO QUESTIONARIO E' STATO COMPILATO DA (scrivere nome e cognome)
SESSO DEL BAMBINO	ETA' DEL BAMBINO	NAZIONALITÀ (opzionale)	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
DATA ODIERNA	DATA DI NASCITA DEL BAMBINO		
Questo questionario deve riflettere la sua percezione del comportamento del bambino anche se altre persone potrebbero non condividere la sua opinione. Si senta libero di esprimere commenti aggiuntivi accanto ad ogni voce e nello spazio previsto a pag. 3. Si accerti di rispondere a tutte le domande.			RELAZIONE CON IL BAMBINO <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ALTRI (specificare): _____

Di seguito è riportato un elenco di affermazioni che descrivono i bambini. Per ogni voce che descrive il suo bambino, nello **stato attuale o negli ultimi due mesi**, si prega di mettere una crocetta: sul due (**2**) se l'affermazione è **per lo più vera**; sull'uno (**1**) se l'affermazione è **in parte o qualche volta vera**; sullo zero (**0**) se l'affermazione **non è vera** per il suo bambino. Valuti tutte le affermazioni meglio che può, anche se alcune non sembrano essere adatte a vostro figlio/a.

0 = Non vero (per ciò che ne sa)**1 = In parte o qualche volta vero****2 = Molto vero o spesso vero**

- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|----|---|---|---|---|----|--|
| 0 | 1 | 2 | 1 | Ha dolori (senza una causa medica; non includere mal di stomaco o mal di testa) | 0 | 1 | 2 | 19 | Ha la diarrea o è incontinente quando non è malato |
| 0 | 1 | 2 | 2 | Si comporta come un bambino più piccolo | 0 | 1 | 2 | 20 | E' disobbediente |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Ha paura a provare cose nuove | 0 | 1 | 2 | 21 | E' disturbato da qualsiasi cambiamento nella routine quotidiana |
| 0 | 1 | 2 | 4 | Evita di guardare gli altri negli occhi | 0 | 1 | 2 | 22 | Non vuole dormire da solo |
| 0 | 1 | 2 | 5 | Non riesce a concentrarsi, non presta attenzione a lungo | 0 | 1 | 2 | 23 | Non risponde quando le persone gli parlano |
| 0 | 1 | 2 | 6 | Non riesce a stare fermo, seduto; è irrequieto, iperattivo | 0 | 1 | 2 | 24 | Non mangia volentieri (descrivere): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 7 | Non sopporta di avere cose fuori posto | 0 | 1 | 2 | 25 | Non va d'accordo con gli altri bambini |
| 0 | 1 | 2 | 8 | Non sopporta di aspettare, vuole tutto subito | 0 | 1 | 2 | 26 | Non sa come divertirsi, si comporta come un piccolo adulto |
| 0 | 1 | 2 | 9 | Mastica cose non commestibili | 0 | 1 | 2 | 27 | Non sembra sentirsi in colpa dopo essersi comportato male |
| 0 | 1 | 2 | 10 | E' attaccato agli adulti o è troppo dipendente | 0 | 1 | 2 | 28 | Non vuole uscire di casa |
| 0 | 1 | 2 | 11 | Cerca costantemente aiuto | 0 | 1 | 2 | 29 | E' facilmente frustrato |
| 0 | 1 | 2 | 12 | Soffre di stitichezza | 0 | 1 | 2 | 30 | Si ingelosisce facilmente |
| 0 | 1 | 2 | 13 | Piange molto | 0 | 1 | 2 | 31 | Mangia o beve cose che non sono cibo – non includere dolci (descrivere): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 14 | E' crudele verso gli animali | 0 | 1 | 2 | 32 | Ha paura di certi animali, situazioni o luoghi (descrivere): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 15 | E' insolente | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 16 | Le sue richieste devono essere soddisfatte immediatamente | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 17 | Distrugge le sue cose | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 18 | Distrugge cose che appartengono alla sua famiglia o ad altri bambini | | | | | |

SI ASSICURI DI AVERE RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE PRIMA DI ANDARE ALLA PAGINA SUCCESSIVA