



Ministerul Sănătății
Muncii și Protecției Sociale
al Republicii Moldova



Universitatea de Stat
de Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu”


LUMOS
Protecting Children, Providing Solutions.



INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE

CURRICULUM PENTRU FORMARE PROFESIONALĂ



Ministerul Sănătății
Muncii și Protecției Sociale
al Republicii Moldova



Universitatea de Stat
de Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu”



INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE

CURRICULUM PENTRU FORMARE PROFESIONALĂ

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova
Instituția Publică Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Prezentul Curriculum prevede instruirea inițială și continuă în domeniul Intervenției Timpurii în Copilărie și este elaborat cu suportul Filialei din Republica Moldova a Organizației „Lumos Foundation” din Marea Britanie.

Curriculumul a fost discutat și aprobat la ședința:

Departamentului Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”

(Proces verbal nr. 09 din 21.03.2018)

Comisiei Metodice de profil Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”

(Proces verbal nr. 02 din 19.04.2018)

Consiliului de Management al Calității, USMF „Nicolae Testemițanu”

(Proces verbal nr. 04 din 03.05.2018)

Seminarului Științific de Profil Pediatrie

(Proces verbal nr. 03 din 30.05.2018)

AUTORI:

Ninel Revenco, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, director al Departamentului Pediatrie

Ivan Puiu, doctor în medicină, conferențiar universitar, Catedra Medicină de Familie

Ala Holban, doctor în medicină, conferențiar universitar, Departamentul Pediatrie

Ala Cojocar, doctor în medicină, conferențiar, director executiv al Centrului de Intervenție Precoce „Voinicel”

Domnica Gînu, doctor în psihologie, conferențiar universitar, cercetător științific superior, director AO „Lumos Foundation”, Republica Moldova

Galina Morari, manager de proiect în cadrul AO „Lumos Foundation”, Republica Moldova

RECENZENȚI:

Svetlana Hadjiu, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, Departamentul Pediatrie

Larisa Crivceanschi, doctor habilitat în medicină, conferențiar universitar, Departamentul Pediatrie

Acest Curriculum a fost elaborat în cadrul proiectului „Intervenția timpurie și implementarea mecanismului de colaborare intersectorială în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității infantile și a copiilor cu vârsta de până la 5 ani la domiciliu”, implementat de AO Lumos Foundation Moldova.

REDACTOR:

Ala Rusnac

Machetare și copertă: **Gabriel Andronic**

Tiparul executat la tipografia **Print Caro**

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Intervenția timpurie în copilărie: Curriculum pentru formare profesională / Ninel Revenco, Ivan Puiu, Ala Holban [et al.]; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. – Chișinău : S. n., 2018 (Tipogr. „Print-Caro”). – 160 p.

Aut. sunt indicați pe vs. f. de tit. – Bibliogr.: p. 161 (14 tit.). – Apare cu suportul Filialei din Rep. Moldova a Org. „Lumos Foundation” din Marea Britanie. – 100 ex.

ISBN 978-9975-56-602-5.

373.2(073)

I-58

LISTA DE ABREVIERI

ONU	Organizația Națiunilor Unite
ITC	Intervenția Timpurie în Copilărie
CIF	Clasificația Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății
CIF-CT	Clasificația Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății la copii și tineri
CIM	Clasificația Internațională a Maladiilor
DSM	Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale
PISF	Plan Individual de Suport oferit Familiei
TSA	Tulburarea de spectru autist
SNC	Sistemul nervos central
PC	Paralizie cerebrală infantilă
DI	Dizabilitate intelectuală
PT	Perfecționare tematică
TSD	Teoria sistemelor dinamice
TN	Teoria neuro-maturațională
CM	Compliment multiplu
CS	Compliment simplu

CUPRINS

CAPITOLUL I. CONTEXT GENERAL	5
CAPITOLUL II. DEFINIȚII.....	6
CAPITOLUL III. OBIECTIVELE GENERALE ALE FORMĂRII ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE.....	8
CAPITOLUL IV. CONDIȚIONĂRI ȘI EXIGENȚE PREALABILE	9
CAPITOLUL V. TEMATICA ȘI REPREZENTAREA ORIENTATIVĂ A ORELOR	12
CAPITOLUL VI. FORMAREA PROFESIONALĂ ÎNȚIALĂ ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE	13
MODULUL 1. IDENTIFICARE (CUNOȘTINȚE HOLISTICE DESPRE DEZVOLTAREA COPILULUI).....	17
MODULUL 2. ACTIVITĂȚI CU FAMILIA	19
MODULUL 3. ACTIVITATEA ÎN ECHIPĂ	20
MODULUL 4. METODE INDIVIDUALE DE INTERVENȚIE (PLANIFICAREA ACTIVITĂȚILOR DE ITC INDIVIDUALĂ).....	21
MODULUL 5. COMPETENȚE SPECIFICE FUNCȚIONALE.....	23
MODULUL 6. COMPETENȚE PERSONALE.....	24
CAPITOLUL VII. INSTRUIREA PROFESIONALĂ CONTINUĂ ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE.....	48
Cursul de instruire: INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE: ACTUALITĂȚI ȘI PERSPECTIVE.....	48
Cursul de instruire: DEZVOLTAREA COPILULUI. IDENTIFICAREA TIMPURIE A TULBURĂRILOR DE DEZVOLTARE	69
Cursul de instruire: TULBURAREA DE SPECTRU AUTIST. INTERVENȚIE TIMPURIE	89
Cursul de instruire: EVALUAREA COPILULUI ȘI FAMILIEI ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE.....	103
Cursul de instruire: COPILUL CU TULBURĂRI MOTORII. METODE DE EVALUARE ȘI ABILITARE.....	117
Cursul de instruire: COPILUL CU DIZABILITĂȚI INTELLECTUALE. METODE DE ABILITARE.....	131
Cursul de instruire: CURS DE ÎNȚIERE ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE.....	146
BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ.....	160

CAPITOLUL I

CONTEXT GENERAL

Pe parcursul ultimului deceniu, Republica Moldova a realizat un progres semnificativ în elaborarea, implementarea și promovarea politicilor în domeniul protecției copilului, inclusiv a copilului cu dizabilități, în conformitate cu standardele europene și internaționale. În anul 2009, Republica Moldova a ratificat Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, care a stat la baza unor reforme în domeniul protecției persoanelor cu dizabilități.

În anul 2016, Guvernul Republicii Moldova a demonstrat angajamentul său în vederea dezvoltării și implementării serviciilor de intervenție timpurie prin aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciilor de intervenție timpurie și a Standardelor minime de calitate.

Pornind de la situația copiilor cu tulburări de dezvoltare, inclusiv cu dizabilități, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, în parteneriat cu Organizația „Lumos”, a elaborat și a aprobat un model de Sistem de Intervenție Timpurie la Copii, care urmează să fie dezvoltat la nivel național. Una din verigile importante în cadrul acestui sistem este identificarea timpurie a tulburărilor de dezvoltare și a riscului de evoluare a acestora, precum și educația părinților privind îngrijirea adecvată a copiilor ce prezintă tulburări de dezvoltare. În acest scop, odată cu serviciile nou create în teritoriile administrative (Centrele de Intervenție Timpurie la Copii), urmează să fie perfecționate și Cabinetele Copilului Sănătos din cadrul Centrelor de Sănătate, cu extinderea activității acestora pe domeniul intervenției timpurii.

O componentă importantă a acestui proces complex de creare și dezvoltare a serviciilor de intervenție timpurie pentru copiii cu tulburări de dezvoltare și cu dizabilități o reprezintă dezvoltarea și consolidarea capacităților profesionale ale specialiștilor din echipele interdisciplinare din cadrul serviciilor nou create în domeniul intervenției timpurii la copii.

În acest context se impune necesitatea unui Curriculum pentru formarea profesională în domeniul intervenției timpurii a specialiștilor, prestatori ai serviciilor respective, la diferite etape de instruire.

CAPITOLUL II

DEFINIȚII

În evoluția conceptului de „Intervenție Timpurie în Copilărie” înregistrăm mai multe etape de dezvoltare. La etapă incipientă, „Intervenția Timpurie în Copilărie” era centrată pe „furnizarea serviciilor” pentru copil, pe calitatea acestor servicii și pe schimbarea comportamentului copilului în mod direct. Experiența mai multor modele de servicii și cercetările în domeniu au determinat modificarea abordării de la cea centrată pe servicii la cea centrată pe familie, pe mediul ce stimulează dezvoltarea copilului, pe crearea oportunităților și experiențelor, pe participarea copilului în activități de rutină, prin care acesta să învețe și să-și dezvolte independența.

La nivel global, există mai multe definiții ale conceptului „Intervenția Timpurie în Copilărie” (ITC). Unul din promotorii acestui domeniu, Michael Guralnick (*Director, Centrul pentru Dezvoltare Umană și Dizabilitate, Profesor de psihologie și pediatrie, Universitatea Washington, 2001*), definește „Intervenția Timpurie” drept „...sistem conceput pentru a sprijini modelele familiale de interacțiune dintre familie și copil, care promovează și determină buna dezvoltare a copilului”.

Agencia Europeană pentru Dezvoltarea Educației Speciale (2005) definește „Intervenția Timpurie” drept „...o complexitate de servicii/resurse adresate copiilor mici și familiilor lor, care sunt prestate la cererea acestora și sunt aplicate atunci când copilul/familia are nevoie de un sprijin special”.

Intervenția Timpurie în Copilărie (ITC), în viziunea actuală, reprezintă „...experiențe și oportunități oferite sugarului și copilului mic cu dizabilități de către părinți și persoanele care îl îngrijesc, prin punerea la dispoziție a serviciilor de abilitare, cu intenția de a promova formarea unor achiziții și competențe comportamentale întru modelarea și crearea interacțiunilor pro-sociale ale copilului cu persoane și obiecte...”¹

Serviciile de Intervenție Timpurie sunt servicii medicale, sociale și psihopedagogice, oferite copiilor pentru identificarea, evaluarea și asistența tulburărilor de dezvoltare și a riscurilor de apariție a acestora, cu scopul de a stimula dezvoltarea fizică, motorie, senzorială, inclusiv a vederii și auzului, dezvoltarea cognitivă, comunicativă, socială, psiho-emoțională și cea adaptivă.²

Copiii cu tulburări de dezvoltare și risc de apariție a acestora sunt copii cu vârsta de până la 3 ani care se confruntă cu o întârziere în dezvoltarea unuia sau mai multor parametri legați de dezvoltarea cognitivă, fizică (motricitatea grosieră sau fină), comunicativă, socială, emoțională, senzorială, de adaptare, sau au o dezvoltare atipică sau un comportament atipic, care rezultă în deficiențe sau manifestări atipice ce împiedică dezvoltarea continuă a copilului și poate duce la o întârziere, chiar dacă nu există un diagnostic stabilit, sau dacă este diagnosticată o boală somatică sau mintală care îi atribuie pe acești copii la grupul de risc.

¹ Early childhood intervention – an overview of best practice. KPMG cutting through complexity. Health human services. Australia, 2014.

² Hotărârea Guvernului nr. 816 din 30.06.2016 „Pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea serviciilor de intervenție timpurie și a standardelor minime de calitate pentru serviciile de intervenție timpurie”.

Echipa interdisciplinară este constituită din specialiști din diferite domenii (medical, social, psihopedagogic), cu un grad înalt de colaborare dintre ei și familie/ părinți /reprezentanții legali ai copilului cu tulburări de dezvoltare și risc de apariție a acestora, care au dreptul deplin de stabilire a obiectivelor și de luare a deciziilor pentru copil și familie în vederea evaluării, dezvoltării, planificării, intervenției, implementării Planului Individual (PI) de abilitare/reabilitare timpurie a copilului și de suport al familiei.

CAPITOLUL III

OBIECTIVELE GENERALE ALE FORMĂRII ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE

Obiectivele generale ale formării profesionale în Intervenția Timpurie în Copilărie (ITC) se vor axa pe următoarele direcții:

- 1) Dezvoltarea cunoștințelor și aptitudinilor profesionale în domeniul identificării timpurii și acordării asistenței adecvate copiilor cu tulburări de dezvoltare, inclusiv copiilor cu dizabilități și risc de dezvoltare a acestora.
- 2) Dezvoltarea abilităților de relaționare cu familia și de implicare a acesteia în procesul de ITC a specialiștilor din domeniul medical, social și psihopedagogic.
- 3) Dezvoltarea abilităților specialiștilor de abordare interdisciplinară/transdisciplinară a tulburărilor de dezvoltare a copilului, inclusiv a copilului cu dizabilitate.

CAPITOLUL IV

CONDIȚIONĂRI ȘI EXIGENȚE PREALABILE

Pentru prestarea serviciilor de Intervenție Timpurie în Copilărie este necesară pregătirea specialiștilor în acest domeniu. Structura programului de studiu trebuie să urmeze structura procesului de intervenție timpurie. ITC poate fi considerată una dintre cele mai complexe intervenții medico-sociale, în special în cazul copiilor cu dizabilități severe. Eficiența acestor intervenții se bazează, în special, pe abilitatea sistemului de a depista nu numai necesitățile copilului, dar și cele ale familiei și pe capacitățile sistemului de a include modelul adecvat de intervenție timpurie în cotidianul copilului și familiei.

Ipoteze în elaborarea Curriculumului pentru specialiștii din ITC

Ipoteza 1. Structura programului de studiu trebuie să coreleze cu structura procesului de intervenție timpurie.

Structura procesului de intervenție timpurie include:

- a) identificarea problemelor de dezvoltare a copilului;
- b) coordonarea și conlucrarea echipei interdisciplinare în procesul de implementare a Programului de Intervenție Timpurie.
- c) stabilirea relațiilor cu familia, evaluarea necesităților copilului și elaborarea Planului de abilitare/reabilitare timpurie a copilului și de suport al familiei;
- d) planificarea acțiunilor și evaluărilor individualizate;
- e) dezvoltarea competențelor funcționale specifice.

Ipoteza 2. Fiecare specialist din ITC trebuie să posede competențe personale specifice (autoreflecție, abilități de comunicare, stabilitate psihoemoțională etc).

Ipoteza 3. Programele de studiu trebuie să fie comparabile.

În pofida unei mari diversități a concepțiilor teoretice: terapii specifice (de exemplu, fizioterapie), programe holistice de fortificare (cum ar fi cele de educație specială, stimularea dezvoltării, terapia sistematică familială), ITC se bazează, în primul rând, pe ipoteza creării unui proces individualizat. Punctul de la care pornește ITC este situația specifică a familiei în raport cu necesitatea serviciilor de suport special. Uneori, nu toate familiile care cresc un copil cu dizabilități necesită obligatoriu intervenție timpurie; existența unui diagnostic nu este o condiție în sine pentru ITC, în special, în cazul familiilor cu tulburări psihice. Or, echilibrul între nevoile familiei și posibilitățile programelor de ITC (cost-eficiența, calitatea serviciilor, pregătirea profesională etc.) nu este simplu de identificat.

Din aceste considerente, specialiștii în Intervenția Timpurie în Copilărie trebuie să fie pregătiți, respectând următoarele condiții:

- a) să utilizeze diferite sisteme de interacțiune (copil, frate/soră, bunei, specialiști implicați);
- b) să se concentreze pe familie ca pe o componentă fundamentală și de perspectivă în dezvoltarea copilului;
- c) să conlucreze cu familii cu diferite probleme, diferite priorități valorice, în special, cu familiile dezavantajate;

- d) să își orienteze acțiunile din perspectiva incluziunii copilului, în special, a incluziunii copilului cu dizabilități în grupuri de semeni tipici;
- e) să își îndeplinească misiunea prin facilitarea interacțiunii dintre toți actorii implicați în procesul de educație și creștere a copilului;
- f) să fie, pe de o parte, profesionist „generalist”, specialist care susține familia multidimensional, informațional în depășirea stresului și a crizelor, în îngrijirea copilului, în instruirea privind aspectele legale, financiare etc.; pe de altă parte, să fie un profesionist specializat în domeniul dizabilităților, cunoscător al afecțiunilor genetice, al afecțiunilor asociate cu retardul mental, cu tulburări de dezvoltare etc.;
- g) să își desfășoare activitatea în cadrul echipei interdisciplinare/transdisciplinare.

Complexitatea domeniului ITC imprimă activității în această sferă un caracter dificil, astfel încât majoritatea specialiștilor implicați întâmpină dificultăți, indiferent de gradul lor de pregătire și consacrare. Pornind de la aceasta, **competențele necesare ale specialistului în ITC vor include:**

- 1) Competențe generale în ITC;
- 2) Competențe personale;
- 3) Competențe specifice-funcționale.

Modelul C-D-C (cunoștințe-dexterități-competențe), acceptat în majoritatea țărilor, presupune:

- cunoștințe – a cunoaște *despre* și *cum...*; de asemenea, include folosirea teoriilor și a concepțiilor precum și a cunoștințelor empirice;
- dexterități – abilități de a îndeplini competențele funcționale;
- competențe personale – cunoașterea conduitei în situații specifice.

Totodată, documentele internaționale din domeniu evidențiază la modul general câteva domenii/module-cheie ale programelor de studiu în Intervenția Timpurie în Copilărie, de care se va ține cont în instruirea inițială/continuă a specialiștilor ce prestează astfel de servicii.

Domeniile-cheie ale programelor de studiu în Intervenția Timpurie în Copilărie

Domeniul/Modulul	Conținuturi
Identificare, diagnostic	1. Dezvoltarea tipică a copilului.
	2. Dezvoltarea copilului cu diferite dizabilități.
	3. Domenii corelate: genetica, neuro-pediatria.
	4. Instrumente de evaluare a copilului mic.
	5. Impactul mediului asupra dezvoltării copilului.
Activitatea cu familia	1. Funcționarea familiei.
	2. Dificultăți ale familiei contemporane.
	3. Depășirea problemelor legate de creșterea unui copil cu dizabilități.
	4. Dificultăți profesionale în comunicarea și interacțiunea cu familia.
	5. Abordarea holistică a familiei.
	6. Planul de activitate cu familia.
Activitatea în echipă	1. Aspecte generale privind activitatea în echipă.
	2. Activitatea în echipă în intervenția timpurie.
	3. Principii de bioetică medicală în cadrul ITC.
	4. Evaluarea serviciilor de ITC.
	5. Activități de studiu științific în cadrul ITC.

Metode individualizate de intervenție timpurie	1. Concept și principii de bază ale activității de ITC.
	2. Planificarea intervențiilor (acțiunilor).
	3. Metode de acțiune bazate pe dovezi.
	4. Evaluarea.
Competențe funcționale specifice	1. Reflectare asupra preconcepțiilor personale.
	2. Activizarea resurselor personale.
	3. Analizarea activității personale proprii.
	4. Reflecție asupra reacțiilor emoționale personale și a impactului lor asupra interacțiunilor.

CAPITOLUL V

TEMATICA ȘI REPREZENTAREA ORIENTATIVĂ A ORELOR

Tematica și reprezentarea orientativă a orelor propuse pentru Educația Profesională în cadrul ITC includ următoarele cursuri de formare inițială și continuă:

Nr. d/o	Denumirea cursului	Categoria de specialiști	Numărul total de ore	Ore curs	Ore/ lucrări practice	Durata cursului
Formare inițială						
1.	Formarea profesională inițială în Intervenția Timpurie în Copilărie (PT*)	manageri servicii ITC, pediatri, neuropediatri, asistenți sociali, kinetoterapeuți, reabilitologi, psihologi, logopezi, psihopedagogi	75	20	55	10 zile
Formare continuă						
2.	Intervenția Timpurie în Copilărie – actualități (PT*)	manageri servicii ITC, pediatri, neuropediatri, asistenți sociali, kinetoterapeuți, reabilitologi, psihologi, logopezi, psihopedagogi	35	10	25	5 zile
3.	Dezvoltarea copilului. Identificarea timpuriei a tulburărilor de dezvoltare (PT*)	pediatri, neuropediatri, reabilitologi, psihologi, psihopedagogi	35	10	25	5 zile
4.	Tulburările de spectru autist. Intervenția Timpurie (PT*)	pediatri, neuropediatri, psihologi, psihopedagogi	35	12	23	5 zile
5.	Evaluarea copilului și familiei în Intervenția Timpurie în Copilărie (PT*)	pediatri, neuropediatri, reabilitologi, psihologi, psihopedagogi	35	12	23	5 zile
6.	Copilul cu tulburări motorii. Metode de abilitare (PT*)	kinetoterapeuți, reabilitologi, neuropediatri	35	12	23	5 zile
7.	Copilul cu dizabilități intelectuale. Metode de abilitare (PT*)	pediatri, neuropediatri, asistenți sociali, psihologi, logopezi, psihopedagogi	35	12	23	5 zile
8.	Curs de inițiere în Intervenția Timpurie în Copilărie (PT*)	medici de familie, asistenți medicali de familie implicați în activitatea Cabinetului Copilului Sănătos	35	10	15	5 zile

*PT – perfecționare tematică.

CAPITOLUL VI

FORMAREA PROFESIONALĂ INIȚIALĂ ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE

TIPUL CURSULUI: Perfecționare pentru competență în activitatea specialiștilor din Centrele de Intervenție Timpurie la Copii.

(pediatri, neuropediatri, psihologi, reabilitologi/kinetoterapeuți, psihopedagogi, logopezi etc.)

Scopul cursului: Obținerea unui pachet de bază/obligatoriu de cunoștințe și abilități necesare pentru începerea activității în serviciile de intervenție timpurie.

Obiectivele de formare în cadrul cursului:

a) *La nivel de cunoaștere și înțelegere:*

- să înțeleagă esența serviciului de intervenție timpurie;
- să cunoască cadrul legal/normativ de activitate și responsabilitățile autorităților de resort;
- să înțeleagă competențele funcționale necesare, conform fișei de post, corelate cu grupul-țintă;
- să cunoască cerințele instituției;
- să cunoască diferențele dintre dezvoltarea tipică și atipică a copilului;
- să cunoască metodele mai frecvente de referire.

b) *La nivel de aplicare, specialistul va poseda următoarele deprinderi:*

- să aplice setul minim de metode standardizate de evaluare a copilului și familiei;
- să identifice timpuriu cele mai frecvente tulburări de dezvoltare și risc de evoluare a acestora;
- să comunice eficient cu familia;
- să colaboreze interdisciplinar;
- să elaboreze un plan individual de suport oferit familiei (PISF);
- să coordoneze activitatea cu alte servicii.

Conținutul de bază al cursului:

Nr. crt.	Denumirea cursului	Ore/ prelegeri	Ore/ lucrări practice	Ore/ Total
1.	Formarea profesională inițială în Intervenția Timpurie în Copilărie.	20	55	75

A. Tematici de curs teoretic

Nr.	Tema	Ore
	Evaluare (pre-test).	1
1.	Intervenția Timpurie în Copilărie: actualități și perspective.	2
2.	Baze legale internaționale și naționale pentru crearea serviciului de ITC și de educație incluzivă.	2
3.	Instruirea profesională în cadrul ITC.	2
4.	Dezvoltarea timpurie a copilului (partea I).	2

5.	Dezvoltarea timpurie a copilului (partea II).	3
6.	Intervenția Timpurie în Copilărie și supravegherea neonatală. Servicii centrate pe familie.	2
7.	Copilul cu tulburări de dezvoltare. Abordări actuale.	2
8.	Evaluarea copilului cu dizabilități și a familiei în cadrul intervenției timpurii.	3
9.	Consultația genetică și diagnosticul prenatal.	2

B. Activități/Lucrări practice:

Nr.	Tema	Ore
1.	Activități cu familia în Intervenția Timpurie în Copilărie. Modelul parental de ITC.	4
2.	Activități cu familia în Intervenția Timpurie în Copilărie. Planul individual de suport al familiei.	2
3.	Copilul cu dizabilități și familia sa – modele de adaptare.	2
4.	Identificarea timpurie a tulburărilor motorii. Examenul kinetoterapeutic și evaluarea funcției motorii.	4
5.	Principii de abilitare a dezvoltării copilului cu tulburări motorii. Terapia fizică în intervenția timpurie.	4
6.	Depistarea timpurie a tulburărilor de limbaj și vorbire.	4
7.	Tulburări frecvente de limbaj la copiii cu dizabilități intelectuale. Principii generale de abilitare a dezvoltării copilului cu tulburări de limbaj și vorbire.	3
8.	Tulburarea de spectru autist. Principii de diagnostic și conduită.	4
9.	Paralizia cerebrală infantilă. Principii de diagnostic și conduită.	4
10.	Dizabilitatea intelectuală. Sindromul Down. Principii de diagnostic și conduită.	4
11.	Dizabilități intelectuale frecvente. Caracteristica succintă, exemple de identificare și conduită.	4
12.	Activități psihologice în cadrul ITC.	3
13.	Aplicarea metodelor de evaluare psihologică.	4
14.	Terapia ocupațională în cadrul ITC. Jocul ca activitate fundamentală a copilului.	4
15.	Probleme de alimentație și de nutriție a copilului cu dizabilități.	4
	Evaluare post-test.	1

Program analitic

Nr. d/o	Conținut detaliat
1.	Intervenția Timpurie în Copilărie – actualități și perspective: Sistemul de ITC – origini și modele. Sisteme de servicii de ITC în diferite țări. Beneficiarii sistemului de ITC, criteriile de eligibilitate. Definiții reactualizate ale Intervenției Timpurii în Copilărie. Standarde și calitatea serviciilor de ITC. Principii de bază ale ITC. Tendințe actuale ale sistemului de Intervenție Timpurie în Copilărie. Componenta echipei de ITC.
2.	Baze legale internaționale și naționale pentru crearea serviciului de ITC și de educație incluzivă: Codul de etică în Intervenția Timpurie în Copilărie. Etica medicală și deciziile etico-legale luate pentru copil. Principii fundamentale de bioetică medicală. Principiile bioetice și copilăria. Acordul de colaborare în ITC.
3.	Instruirea profesională în ITC: Experiențe internaționale – proiectul Leonardo da Vinci. Domenii obligatorii ale Programelor de studii în ITC. Grupul de specialiști, modelul medico-socio-educational. Competențe funcționale corelate cu grupul-țintă, cerințele instituției, cadrul legal. Competențe profesionale.

4.	Dezvoltarea timpurie a copilului: Teorii de dezvoltare. Principii generale de dezvoltare timpurie. Dezvoltarea copilului cu dizabilități. Neuroplasticitatea și ITC.
5.	Dezvoltarea timpurie a copilului: Principii generale de dezvoltare timpurie motorie, dezvoltare cognitivă, emoțională, a vorbirii și limbajului.
6.	Intervenția Timpurie în Copilărie și supravegherea neonatală, servicii centrate pe familie: Factori de risc pentru tulburări de dezvoltare. Dezvoltarea copilului născut prematur. Servicii de ITC. Beneficiile intervenției timpurii. Programe de supraveghere și abilitare a sugarului și copilului mic născut prematur (programe de Follow-up neonatal). Servicii neonatale centrate pe familie. Satisfacția părinților de calitatea serviciilor de supraveghere neonatală.
7.	Copilul cu tulburări de dezvoltare, abordări actuale în diagnosticul și evaluarea stării de sănătate: Principii moderne de determinare a dizabilității. Clasificarea Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF).
8.	Evaluarea copilului cu dizabilități și a familiei în cadrul intervenției timpurii: Principiile evaluării copilului cu dizabilități. Instrumentele standardizate de evaluare a dezvoltării copilului. Evaluarea pediatrică a dizabilității (PEDI), DAYC etc.
9.	Consultația genetică și diagnosticul prenatal: Screening-ul prenatal și screening-ul postnatal. Principii de consiliere genetică.
10.	Activități cu familia în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie: Modelul parental de ITC. Modele de echipe. Activități în echipa interdisciplinară și cea transdisciplinară – momente-cheie ale abordării holistice în Intervenția Timpurie în Copilărie. Instruirea familiei. Antrenarea/coaching-ul părinților și familiei în ITC.
11.	Activități cu familia în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie: Calitatea mariajului și a vieții familiei cu un copil cu dizabilități de dezvoltare. Suportul oferit familiei, modelul ecologic. Evaluarea necesităților familiei în baza interviului bazat pe Activitățile zilnice. Coordonarea serviciilor de intervenție timpurie. Comunicarea cu familia în intervenția timpurie. Activități cu familii de diferite origini în intervenția timpurie. Planul individual de suport al familiei.
12.	Copilul cu dizabilități și familia sa, modele de adaptare – aspecte psihologice: Interacțiunile dintre frați în contextul familiei cu un copil cu dizabilități. Depășirea dificultăților familiale corelate cu dizabilitatea copilului. Elemente de evaluare a calității vieții familiei.
13.	Identificarea timpurie a tulburărilor motorii: Examenul kinetoterapeutic și evaluarea funcției motorii. Sistemul de Clasificare a Funcției Motorii Grosiere (GMFCS) – metodă de evaluare a copilului cu paralizie cerebrală infantilă. Testul GMFM (<i>Gross Motor Function Measure</i> – Evaluarea Funcției Motorii Grosiere).
14.	Principii de abilitare a copilului cu tulburări motorii: Terapia fizică în Intervenția Timpurie în Copilărie – practici bazate pe dovezi. Efectele pozitive ale abilitării fizice. Kinetoterapia orientată pe atingerea scopului. Terapia de mișcări induse cu constrângerea (limitarea) membrului sănătos (TMIC). Terapia bimanuală. Motivarea Activităților fizice. Principii generale de intervenție în paralizia cerebrală infantilă.
15.	Identificarea timpurie a tulburărilor de limbaj și vorbire: Tipuri de tulburări. Metode standard de evaluare.
16.	Tulburări frecvente de limbaj la copiii cu dizabilități intelectuale: Principii generale de abilitare a limbajului copilului cu tulburări de limbaj și vorbire.
17.	Tulburarea de spectru autist TSA: Rolul factorilor genetici și celor non-genetici în apariția TSA. Metode de screening. Metode de diagnostic timpuriu. Testul ADOS-2. Criterii de diagnostic conform DSM-5. Principii de conduită a TSA.
18.	Paralizia cerebrală infantilă (PC): Metode de diagnostic timpuriu. Sistemul de clasificare a funcției motorii grosiere în PC. Tipuri frecvente de PC. Principii de conduită. Servicii integrate de ITC în cazul PC.

19.	Dizabilitatea mintală intelectuală. Sindromul Down: Simptome, stări comorbide. Screening-ul intrauterin. Principii de diagnostic și conduită. Investigații necesare unui copil cu Sindrom Down. Consultare genetică.
20.	Dizabilități mintale intelectuale frecvente (Sindromul Rett, Angelman, tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, Sindromul X-fragil, Sindromul Prader-Willi). Caracteristica succintă, exemple de identificare și conduită.
21.	Activități psihologice în ITC: Stresul parental în contextul dizabilității. Strategii de depășire a dificultăților familiale corelate cu dizabilitatea copilului. Analiza interacțiunilor părinte-copil în contextul dizabilității copilului. Studiu de caz.
22.	Aplicarea metodelor de evaluare psihologică: Testul Bayley 3, Wechler și altele.
23.	Terapia ocupațională în ITC: Terapia ocupațională (ergoterapia) pentru copilul cu dizabilități. Jocul ca activitate fundamentală a copilului. Ludoteca copilului cu dizabilități. Meloterapia și alte metode de abilitare.
24.	Probleme de alimentație și de nutriție a copilului cu dizabilități: Alimentația copilului cu tulburări de glutiție. Alimentația copilului cu stări cronice (autism, epilepsie severă, paralizie cerebrală și altele). Conduita copilului cu malnutriție. Conduita copilului supraponderal.

Pornind de la Modelul C-D-C și domeniile/modulele listate, drept finalități ale formării profesionale inițiale în cadrul ITC sunt specificate anumite cunoștințe, dexterități și competențe personale.

CUNOȘTINȚE, DEXTERITĂȚI, COMPETENȚE PERSONALE, CONFORM MODULELOR³

(adaptat după Pretis M. Adapted Curriculum EBIFF/ PRECIOUS, 2011)

MODULUL 1. IDENTIFICARE (cunoștințe holistice despre dezvoltarea copilului)

Cunoștințe de bază: dezvoltare tipică, variații, dezvoltare atipică (tulburări de dezvoltare), abordare bio-psiho-socială.

Abilități/dexterități: înțelegerea dezvoltării copilului la diferite perioade de vârstă prin prisma unor teorii de referință.

Competențe personale: abilități de a distinge evoluția dezvoltării, fără a fi copleșit (a exagera) de teorii de referință; abilități de a interpreta și comenta diferite teorii de dezvoltare.

Subiecte sugerate pentru domeniu:

1.1. Dezvoltarea și învățarea

- Fundamente ale dezvoltării copilului (neuroanatomie, neuropsihologie);
- Neuropsihologia dezvoltării (dezvoltarea cognitivă, psihomotorie, dezvoltarea limbajului);
- Neuro-plasticitatea creierului (teorii);
- Studii asupra personalității copilului (baze biologice);
- Teorii ale dezvoltării fizice a copilului;
- Teorii de dezvoltare a funcționalității copilului;
- Sisteme de clasificare (CIM, DSM, CIF);
- Teorii de dezvoltare psihologică a copilului, psihologia dezvoltării;
- Psihopatologia dezvoltării copilului;
- Teorii de învățare;
- Teorii de dezvoltare psiho-socio-emoțională;
- Teorii de dezvoltare socio-adaptativă;
- Psihologia diferențelor culturale în dezvoltare;
- Studii științifice privind personalitatea copilului (abordări ecologice), ecosisteme ale copilului.

1.2. Dizabilități. Tipuri și forme

- Teorii generale ale dizabilității: definiții, abordări, teorii actuale, epidemiologie, modele de referință etc.;
- Deficiență/dizabilitate;
- Dizabilități neuromotorii;
- Dizabilități multiple de dezvoltare;
- Sindroame frecvente (S. Down, X-fragil, Prader-Willi) și dizabilitatea;
- Deficiențe senzoriale (inclusiv de vedere și de auz);

³ Pretis M. Adapted Curriculum EBIFF/ PRECIOUS, 2011. www.precious.at

- Tulburări comportamentale și de adaptare socială;
- Afecțiuni din spectrul autist;
- Afecțiuni (sindroame) rare;
- Fundamente genetice ale dizabilității;
- Fundamente privind agenții toxici și dizabilitatea;
- Cauze frecvente ale dizabilității;
- Fundamente ale tulburărilor metabolice;
- Impactul factorilor educaționali asupra dezvoltării copiilor cu cerințe educaționale speciale;
- Impactul factorilor socio-emoționali asupra dezvoltării copiilor cu dizabilități;
- Teorii de bază ale factorilor psihologici privind dizabilitatea;
- Factori personali asociați dizabilității;
- Aspecte comportamentale asociate dizabilității.

1.3. Domenii corelate

- Pedagogie, filozofie (concepte de bază);
- Educație specială;
- Psihologie clinică (concepte fundamentale);
- Logopedie;
- Asistență socială;
- Psihoterapie;
- Terapie prin joc;
- Terapie ocupațională;
- Psihoterapie (de reabilitare);
- Neurologie, neuropsihologie, aspecte de dezvoltare, tulburări;
- Neonatologie;
- Neuropediatrie: aspecte de dezvoltare și afectare;
- Biochimie. Corelații cu dezvoltarea și afecțiuni aferente;
- Neurologie. Dezvoltarea creierului și afecțiunile frecvente;
- Ortopedie. Aspecte de dezvoltare și de afectare a copilului;
- Audiologie și oftalmologie. Probleme de dezvoltare și afectare;
- Abordări paramedicale;
- Alte informații relevante.

1.4. Instrumentar de evaluare a copilului mic

- Elemente de statistică;
- Metode standardizate de evaluare;
- Tehnici de evaluare: psihologice, pedagogice, orientate pe sistemul familial, inclusiv evaluarea mediului și influențelor asupra dezvoltării copilului;
- Teste de evaluare generală;
- Procedee de interpretare cantitativă și calitativă;
- Tehnici de observație a comportamentului copilului;
- Teste de evaluare psihologică;
- Tehnici de joc;
- Teste funcționale de evaluare a domeniului cognitiv, abilităților motorii etc.;
- Check-list-ul de dezvoltare.

1.5. Impactul mediului

- Teorii ecologice. Influențe contextuale de mediu și societate;
- Teorii religioase în depășirea stresului cronic legat de dizabilitatea copilului;
- Fundamente de sociologie familială, culturală, sociologie situațional-patologică;
- Fundamente de drept civil/drept social referitor la persoanele cu dizabilități, tulburări de dezvoltare.

MODULUL 2. ACTIVITĂȚI CU FAMILIA

2.1. Aspectele provocărilor întâmpinate pe parcursul vieții de familie

Cunoștințe de bază: necesități familiale și necesități personale, strategii de abordare a problemelor familiei, stiluri de comunicare cu familia.

Abilități/dexterități: evaluarea familiei, aplicarea diferitor stiluri de comunicare cu familia, determinarea necesităților familiei, a resurselor familiei, precum și funcționalitatea în cadrul familiei etc.

Competențe personale: gândire critică, ascultare activă, atitudine pozitivă față de familiile în situații de dificultate.

Subiecte sugerate pentru studiu:

- Ciclul vieții de familie, perioade de criză;
- Familia contemporană, dificultăți, probleme, provocări.

2.2. Familia ca sistem de depășire a problemelor corelate cu dizabilitatea

Cunoștințe de bază: teorii și modele de adaptare și ajustare la dizabilitate.

Abilități/dexterități: recunoașterea și identificarea resurselor (interne și externe) și utilizarea lor.

Competențe personale: respectarea eticii medicale, atitudine pozitivă, empatie.

Subiecte sugerate pentru studiu:

- Modele de adaptare la dizabilitate;
- Starea fraților și buneilor;
- ITC ca parte componentă a sistemului ecologic al familiei;
- Rolul profesioniștilor din domeniul ITC.

2.3. Familia ca sistem în depășirea dezavantajelor

Cunoștințe de bază: teorii și modele de adaptare și ajustare la dezavantajele sociale (de exemplu, condiționate de factori economici sau etnici).

Abilități/dexterități: recunoașterea și identificarea resurselor (interne și externe) și utilizarea lor.

Competențe personale: respectarea eticii medicale, atitudine pozitivă, atitudine respectuoasă față de familiile dezavantajate, empatie, gândire critică.

Subiecte sugerate de studiu:

- Impactul dezavantajelor sociale asupra familiei;
- Impactul migrației asupra familiei;
- Impactul tulburărilor mintale ale unui membru al familiei asupra familiei.

2.4. Provocări profesionale în comunicarea și interacțiunea cu sistemele familiale

Cunoștințe de bază: teorii și strategii de comunicare, relații familiale și cu specialiștii, modele moderne de comunicare.

Abilități/dexterități: folosirea strategiilor de înțelegere a familiei.

Competențe personale: comunicare eficientă în scopul recunoașterii și înțelegerii reacțiilor altor persoane, asumarea responsabilităților și capacitatea de adaptare, comunicare asertivă, abilități de mediere.

Subiecte sugerate pentru studiu:

- Relații familiale și profesionale bazate pe comunicare (inclusiv tehnici de comunicare).

2.5. Fortificarea familiei și parteneriatul cu familia

Cunoștințe de bază: despre planificarea și managementul resurselor familiei; modele de activare a resurselor, cooperarea cu familia în ITC; conceptul de fortificare, de depășire, rezistență, coerență.

Abilități/dexterități: folosirea principiilor și instrumentelor de bază în identificarea necesităților și dorințelor familiei corelate cu educația copilului, identificarea conflictelor de interes în soluționarea problemelor, utilizarea resurselor.

Competențe personale: comportament adecvat (egal) față de membrii echipei, flexibilitate în abordarea situațiilor de lucru cu familia (în baza modelelor de interacțiune a familiilor și variațiilor comportamentale), atitudine profesională pozitivă.

Subiecte sugerate pentru studiu:

- Fortificarea și dezvoltarea rezilienței în ITC.

MODULUL 3. ACTIVITATEA ÎN ECHIPĂ

Cunoștințe de bază: tehnici de lucru în echipă, rolul comunicării în echipă, caracteristici ale echipei interdisciplinare și transdisciplinare.

Abilități/dexterități: abilități de activitate în echipă, aplicarea strategiilor și tehnicilor de lucru în echipă; abilități și competențe de comunicare, aplicarea principiilor de etică, atitudine deschisă și constructivă față de colegi, capacitatea de integrare.

Competențe personale: participare activă, atitudine respectuoasă față de colegi, capacitatea de a lucra în echipă, ascultare activă, comunicare eficientă.

3.1. Transformarea echipei într-un grup de lucru

Subiecte sugerate pentru instruire:

- Conducerea echipei;
- Motivarea echipei;
- Cerințe față de echipele din ITC;
- Atitudini în echipă;
- Managementul echipelor diverse;
- Crearea echipei în jurul copilului;
- Activități interdisciplinare, multidisciplinare, transdisciplinare, exemplu, modele de echipe extinse;

- Coordonarea activităților în echipă (persoana-cheie);
- Coordonarea cu familia (în cadrul instituțiilor, inclusiv coordonarea dintre diferite agenții);
- Supravegherea în echipă, conlucrarea în echipă.

3.2. Etica în ITC

Cunoștințe de bază: principii de etică.

Abilități/dexterități: asigurarea confidențialității, ajustarea propriilor convingeri la valorile și preocupările familiei.

Competențe personale: capacitatea de adaptare la situații neprevăzute respectând principiile etice, profesionalism în relațiile cu familia și colegii, respect față de unicitatea și diversitatea familiilor, onestitate și integritate morală și profesională.

Subiecte sugerate pentru studiu:

- Principii de etică, aspecte de etică în ITC, ajustarea la practicile de ITC.

3.3. Calitatea ITC

Cunoștințe de bază: evaluarea calității serviciilor de ITC, cunoașterea statisticilor, bazei de date, documentației, folosirii resurselor.

Abilități/dexterități: abilități de evaluare a calității serviciilor de ITC.

Competențe personale: orientare spre rezultat, rigurozitate, eficiență în îndeplinirea sarcinilor de lucru.

Subiecte sugerate pentru studiu:

- Introducere în cercetare;
- Cercetări curente în cadrul ITC;
- Management de proiect.

MODULUL 4. METODE INDIVIDUALE DE INTERVENȚIE (planificarea activităților de ITC individuală)

Cunoștințe de bază: evaluarea ITC (orientată pe resurse), planificarea serviciilor centrate pe persoană în anturajul natural.

Abilități/dexterități: interpretarea rezultatelor evaluărilor multidimensionale și traducerea acestora într-un plan individual de servicii bazat pe resurse accesibile; elaborarea scopurilor activităților; comunicarea și discutarea scopurilor și activităților planificate cu părinții, cu partenerii.

Competențe personale: lucru în echipă, flexibilitate în elaborarea modelului de lucru, capacitate de stabilire a unor scopuri reale și realizarea acestora.

4.1. Concepte și principii filozofice cheie în ITC

Cunoștințe de bază: istoricul dezvoltării serviciilor de ITC și principalele principii și abordări, conexiuni dintre practicile de ITC și bazele teoretice și istorice.

Abilități/dexterități: determinarea impactului ITC în funcție de modelul teoretic sau modelul de activitate.

Competențe personale: utilizarea documentelor specifice domeniului de lucru și analiza acestora

Subiecte sugerate pentru studiere:

- Istoricul și evoluția sistemului de ITC;
- Cunoștințe generale și concepte de bază;
- Modele de ITC.

4.2. Metode de intervenție bazate pe dovezi

Cunoștințe de bază: fortificarea dezvoltării copilului și metode de stimulare a dezvoltării în diferite domenii (motoriu, comportamental, cognitiv, de percepție, de limbaj și comunicare, de dezvoltare socio-emoțională, de joc etc.); metode de fortificare a familiei.

Abilități/dexterități: identificarea subtilităților ce țin de dezvoltarea copilului/ dizabilitate, aplicarea tehnicilor de stimulare; inițierea proceselor de schimbare în sistemul familial complex și de consiliere a familiei.

Competențe personale: comunicare eficientă, capacități de consiliere, receptivitate la nevoile copiilor și familiei.

Subiecte sugerate pentru studiu:

- Abordare bazată pe evidențe;
- Metode de intervenție centrate pe copil, în baza abordărilor holistice din punct de vedere; pedagogic, psihologic, social, medical/paramedical;
- Metode didactice de stimulare a dezvoltării copilului;
- Metode de intervenție timpurie centrate pe familie;
- Crearea planurilor de suport în colaborare cu familia;
- Teorii de consiliere, inclusiv tehnici de comunicare;
- Intervenția în stare de criză.

4.3. Documentația

Cunoștințe de bază: documentația standard și specifică diferitor situații care implică copilul și familia.

Abilități/dexterități: abilitatea de a aplica sisteme de documentație necesară, folosirea informației oferite de acestea.

Competențe personale: comunicare despre provocările/dificultățile corelate cu dizabilitatea, evoluția și prognosticul acesteia etc.

Subiecte sugerate pentru acest capitol:

- Documentația pentru procesul de ITC.

4.4. ITC – evaluarea procesului și rezultatelor

Cunoștințe de bază: evaluarea diferitor sisteme, niveluri (conceptual, structural, formativ, orientat pe rezultat) și instrumentele pentru evaluare; metode de autoevaluare, evaluarea externă și internă; corelația dintre procesele definite de scop, intervenție, documentație și evaluare.

Abilități/dexterități: elaborarea strategiilor transdisciplinare de evaluare; aplicarea diferitor strategii de evaluare și apreciere a fezabilității acestor strategii; efectuarea legăturii dintre scopul individual al intervențiilor și rolul lor prin utilizarea criteriilor măsurabile.

Competențe personale: orientare spre obținerea rezultatului; capacitatea de a iniția schimbări în baza

feedback-ului; capacitatea de a stabili obiective și de a planifica activitățile necesare realizării lor; auto-critică; capacitatea de a analiza comportamentul altor persoane.

Subiecte de studiu sugerate pentru acest capitol:

- Metode și dificultăți în procesul de aplicare a metodei de evaluare;
- Forme și instrumente de evaluare;
- Criterii de evaluare;
- Corelațiile dintre managementul calitativ, documentație și evaluare.

MODULUL 5. COMPETENȚE SPECIFICE FUNCȚIONALE

Cunoștințe de bază: funcțiile și rolul Centrelor de ITC; transparența acestor funcții și roluri.

Abilități/dexterități: capacitatea de a identifica diferite funcții/roluri profesionale.

Competențe personale: comunicare respectuoasă și transparentă.

5.1. Competențe condiționate de funcția în echipa de ITC

Cunoștințe de bază: tehnici de management, relații publice și activități în rețea, managementul calității.

Abilități/dexterități: abilitatea de a conduce echipa prin intermediul tehnicilor de management, în funcție de resurse umane, relații publice și de rețea, calitatea managementului; capacitatea de a utiliza instrumente de monitorizare etc.

Competențe personale: comunicare respectuoasă și transparentă, ascultare activă.

Subiecte de studiu sugerate pentru acest capitol:

- Administrare/conducere/organizare/lucru în echipă;
- Managementul resurselor umane;
- Monitorizare și control;
- Relații publice și activități în rețea.
- Probleme corelate cu diferite funcții în cadrul Centrului de ITC.

5.2. Competențe condiționate de grupul-țintă

Cunoștințe de bază: cunoașterea diferențelor culturale, lingvistice, socio-economice, inclusiv restricțiilor corelate cu dizabilitatea, atitudinilor sociale față de persoane cu diferite tipuri de dizabilitate; cunoașterea strategiilor de intervenție adaptate la necesitățile grupului-țintă (compliance, cooperare etc.); cunoașterea diferitor sisteme și valori etice, a strategiilor de intervenție relevante pentru diferite grupuri-țintă.

Abilități/dexterități: abilități de comunicare în contextul diferitor valori etice.

Competențe personale: flexibilitate la diverse comportamente/ dizabilități.

Subiecte de studiu sugerate pentru acest capitol:

- Familii migrante;
- Familii social-dezavantajate;
- Grupuri de pacienți cu stări atipice (copil din familie cu părinți cu probleme mintale, copil cu deficit de atenție/hiperactivitate etc.).

5.3. Competențe corelate cu cerințe instituționale

Cunoștințe de bază: planificarea programelor de ITC, metode de cercetare în ITC, programe educaționale, de dezvoltare, finanțare.

Abilități/dexterități: identificarea problemelor-cheie ale Centrelor de ITC (identitate, idei inovative etc.).

Competențe personale: capacitatea de a stabili obiective și de a planifica activități necesare realizării lor, capacitatea de a răspunde unor obiective sau sarcini alocate de către terți, orientarea spre rezultat.

Subiecte de studiu sugerate pentru acest capitol:

- Elaborarea programelor de ITC;
- Activități de cercetare în grup;
- Criterii de elaborare a tezelor de masterat.

5.4. Competențe corelate cu probleme legale

Cunoștințe de bază: legislația în domeniu, drepturile copilului și ale familiei cu un copil cu necesități speciale; Codul deontologic al diferitor specialiști și aspecte relevante din acesta, relaționate cu dizabilitatea.

Abilități/dexterități: abilități de analiză a legislației în domeniu, abilități de a propune schimbări în legislație vizavi de ITC, informarea părinților în acest domeniu.

Competențe personale: prelucrarea informației: analiză, sinteză; gândire critică; inițiativă și creativitate.

Subiecte de studiu sugerate pentru acest capitol:

- Expertiza legală a litigiilor familiei copilului cu instituțiile care au oferit servicii, efectuată la Centrul de ITC
- Coordonarea activităților între diferite agenții.

MODULUL 6. COMPETENȚE PERSONALE

Cunoștințe de bază: cunoașterea prejudecăților și „clișeele”/etichetărilor, percepția dizabilității, motivarea de a lucra în sistemul de ITC.

Abilități/dexterități: capacitatea de a face față prejudecăților personale și ale altor persoane.

Competențe personale: flexibilitate, adaptabilitate, comportament adecvat.

6.1. Utilizarea resurselor interne și externe

Cunoștințe, abilități, competențe personale mai extinse: cunoașterea modalităților de a utiliza resursele interne și externe.

Subiecte de studiu sugerate pentru acest capitol:

- Activarea resurselor.

6.1. Procese și competențe

Cunoștințe în domeniu: descrierea activităților și proceselor interne.

Abilități și competențe personale: capacitatea de a identifica competențele necesare și de a spori nivelul profesional.

Subiecte de studiu sugerate pentru acest capitol:

- Reflecții asupra activităților și competențelor profesionale.

6.3. Percepții și preconcepții

Cunoștințe în domeniu, abilități, competențe personale: cunoașterea preconcepțiilor și clișeelelor, și capacitatea de a le face față, perceperea dizabilității.

Subiecte de studiu sugerate:

- Reflecții asupra reacțiilor emoționale și impactului, interacțiunilor.

SUBIECTE / ÎNTREBĂRI PENTRU EVALUAREA CUNOȘTIINȚELOR

a) ITC. Generalități

1. Ce este Intervenția Timpurie în Copilărie (ITC)? Care sunt deosebirile dintre ITC și abilitarea timpurie a dezvoltării copilului?
2. Abordări fundamentale ce stau la baza intervenției timpurii în copilărie.
3. Principii de bază ale ITC.
4. Ce înseamnă „servicii centrate pe familie”?
5. Ce reprezintă modelul parental de Intervenție Timpurie în Copilărie?
6. Ce specialiști fac parte din echipa de ITC? Care sunt responsabilitățile fiecărui specialist din echipa de ITC?
7. Ce reprezintă neuro-plasticitatea funcțională?
8. Ce înseamnă „mediul dezvoltativ” al copilului?
9. Ce presupune abordarea transdisciplinară în ITC?
10. Ce este antrenarea/coaching-ul părinților în Intervenția Timpurie în Copilărie?
11. Care sunt elementele-cheie ale coaching-ului?

b) Familia și activitățile în echipă în Intervenția Timpurie în Copilărie

12. Ce presupune modelul ecologic de suport familial și ce rol are el în dezvoltarea copilului?
13. Abordări de bază în activitățile cu familia.
14. Componente constitutive ale „modelului intervenției timpurii în mediul natural al copilului”.
15. Esența ITC prin prisma modelului „mediul natural al copilului”.
16. Tipuri de suport acordat familiilor.
17. Rolul suportului emoțional al familiei.
18. Metode de evaluare a necesităților familiei în serviciile de ITC.
19. Rolul Planului Individual de Suport oferit Familiei.
20. Elaborarea Planului Individual de Suport oferit Familiei.
21. Cum se realizează în practică coordonarea serviciilor de intervenție timpurie cu familia?
22. Rolul coordonatorului de servicii în evaluarea copilului și familiei.
23. Obiectivele serviciilor de ITC și rezultatele așteptate.
24. Asistența familiei în selectarea serviciilor.

25. Monitorizarea implementării Planului Individual de Suport oferit Familiei (PISF). Adaptarea PISF.
26. Coordonarea activităților de ITC cu serviciile de asistență medicală.
27. Rolul serviciului de ITC în realizarea tranziției copilului de la serviciul de ITC la instituția preșcolară.

c) Comunicarea cu familia în cadrul intervenției timpurii în copilărie

28. Particularitățile comunicării cu părinții și familia în care crește un copil cu dizabilități.
 29. Elemente esențiale care facilitează comunicarea cu părinții.
 30. Ce înseamnă a acorda servicii întregii familii?
 31. Rolurile și responsabilitățile familiei în contextul ITC.
 32. Rolul factorilor socio-culturali în ITC.
 33. Ce stil de comunicare cu familia ar fi cel mai eficient?
- d) Dezvoltarea motorie a copilului
34. Ce este dezvoltarea motorie a copilului și ce procese stau la baza evoluției acestui domeniu?
 35. Factorii ce influențează dezvoltarea abilităților motorii la sugar.
 36. Cum are loc dezvoltarea abilităților de control al capului sugarului, de ședere și de stat în picioare?
 37. Cum are loc dezvoltarea abilităților manuale?
 38. Cum se dezvoltă mersul patruped și târâtul?
 39. Cum se dezvoltă mersul și capacitatea copilului de a sta în picioare?
 40. Ce particularități de dezvoltare motorie se observă la copiii cu tulburări de spectru autist?

e) Dezvoltarea timpurie a vorbirii și a limbajului

41. Ce este gânguritul sau gângurirea?
42. Care sunt procesele fiziologice ce stau la baza dezvoltării limbajului și a vorbirii?
43. Care sunt condițiile dezvoltării limbajului?
44. Care sunt precursorii timpurii de producere a vorbirii?
45. Când pronunță primele cuvinte copilul cu dezvoltare tipică?
46. Ce este ritmul individual de dezvoltare a limbajului și ce semnifică fenomenul „explozia vocabularului”?
47. Ce corelații există între dezvoltarea limbajului timpuriu și dezvoltarea altor abilități de comunicare non-verbală?
48. Există vreo corelație între dezvoltarea timpurie și dezvoltarea ulterioară a vorbirii?

f) Tulburări ale limbajului și ale vorbirii la copil

49. Care sunt interacțiunile dintre creșterea copilului și dezvoltarea limbajului propriu?
50. Care sunt corelațiile dintre creșterea și dezvoltarea creierului și evoluția limbajului?
51. Cum influențează dezvoltarea limbajului procesele de mielinizare a celulelor nervoase?
52. Ce reprezintă plasticitatea sistemului nervos? Care sunt perioadele critice de dezvoltare a limbajului?

53. Factorii cu impact asupra dezvoltării limbajului.
 54. Ce corelații există între tulburările de limbaj ale copilului și afecțiunile structurale ale creierului?
 55. Cum evoluează dezvoltarea limbajului în caz de epilepsie?
 56. Tulburările de limbaj la copiii cu dizabilități intelectuale.
 57. Cauzele tulburărilor de limbaj.
 58. Care tulburări de limbaj sunt specifice tulburării de spectru autist?
 59. Ce tulburări de limbaj sunt caracteristice afecțiunilor cromozomiale și genetice asociate cu dizabilitatea intelectuală (Sindromul Down, Sindromul X fragil sau Sindromul Williams)?
 60. Care sunt prognozele de dezvoltare a vorbirii și a limbajului la copiii cu dizabilități intelectuale severe?
 61. Dezvoltarea limbajului la copiii cu afecțiuni ale auzului.
 62. Dezvoltarea limbajului la copiii cu tulburări de vedere.
 63. Dezvoltarea limbajului la copiii prematuri.
 64. Ce reprezintă comunicarea alternativă și cea augmentativă?
 65. Mijloacele de comunicare augmentativă.
 66. Rolul mamei și al familiei în dezvoltarea limbajului.
- g) Dezvoltarea cognitivă timpurie și dezvoltarea memoriei**
67. Evoluția dezvoltării cognitive în perioadele de vârstă timpurie.
 68. Ce reprezintă „sinaptogeneza” și „pruning”-ul și ce corelații au acestea cu dezvoltarea cognitivă?
 69. Particularități ale dezvoltării timpurii a memoriei la copil.
- h) Dezvoltarea emoțională a sugarului și a copilului mic**
70. Rolul dezvoltării emoționale în evoluția generală a copilului.
 71. Ce este emoția?
 72. Influența emoțiilor asupra dezvoltării psihologice și neurobiologice a copilului de vârstă fragedă.
 73. Cum percepe copilul mic emoțiile și cum reacționează la ele?
 74. Cum înțelege copilul mic emoțiile?
 75. Influența dezvoltării emoționale asupra conștiinței de sine și asupra autoînțelegerii.
 76. Cum își exprimă emoțiile copilul mic?
 77. Cum gestionează emoțiile copilul mic?
 78. Factorii de influență asupra dezvoltării emoționale a copilului mic.
- i) Tulburarea de spectru autist (TSA)**
79. Cauza tulburării de spectru autist prin prisma cercetărilor recente/ moderne. Rolul factorilor genetici și al factorilor de mediu în TSA. Apariția, mecanismele de dezvoltare și manifestare a TSA.
 80. Ce factori de mediu condiționează apariția TSA?

81. Ce tulburări de dezvoltare sunt incluse în TSA?
82. Ținând cont de rolul major al factorilor genetici în cauzarea autismului, care este riscul ca într-o familie cu un copil cu autism să se mai nască un alt copil cu aceeași stare patologică?
83. Cum se stabilește diagnosticul de tulburare de spectru autist?
84. În ce măsură testul de triere CHAT sau M-CHAT ne ajută în procesul de diagnosticare a TSA?
85. Care sunt cele mai timpurii semne sugestive pentru diagnosticul de tulburare de spectru autist?
86. Creșterea excesivă a creierului în primii ani de viață poate fi considerată un marker biologic al TSA?
87. De ce fetele sunt mai rar afectate de TSA?
88. Care sunt stările asociate mai frecvent autismului?
89. Unii copii cu autism își astupă urechile când aud sunete puternice sau devin iritați, au comportamente atipice. Are copilul cu autism anumite particularități de auz?
90. În ce constă Intervenția Timpurie în Copilărie pentru tulburarea de spectru autist?
91. Ce activități din cadrul intervenției timpurii în copilărie ar putea spori dezvoltarea abilităților unui copil cu autism?

j) Sindromul Down

92. Ce este Sindromul Down? Care sunt caracteristicile unui copil cu Sindrom Down?
93. Cauza apariției Sindromului Down.
94. Screening-ul intrauterin al Sindromului Down.
95. Schimbările genetice care stau la baza Sindromului Down.
96. Diagnosticul Sindromului Down.
97. Există metode de tratament al Sindromului Down?

TESTE DE CONTROL

1. Ce dovezi există în favoarea eficienței ITC? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Peste 50 de ani de cercetări confirmă eficiența intervenției timpurii în copilărie.
- B. Primii ani de viață reprezintă o perioadă favorabilă pentru familie și specialiști în crearea condițiilor favorabile pentru o dezvoltare optimă și chiar pentru o schimbare a traiectoriei de dezvoltare.
- C. Eficiența intervenției timpurii corelează cu capacitățile parentale. Astfel, instruirea și capacitarea/coaching-ul părinților devine o activitate fundamentală în cadrul intervenției timpurii în copilărie.
- D. La baza eficienței ITC stau serviciile centrate pe copil.
- E. Învățarea începe de la naștere, iar experiențele și mediul la care sunt expuși copiii modelează structura și funcțiile creierului, influențând profund dezvoltarea ulterioară a copilului.

Răspuns corect: ABCE

2. Ce dovezi există în favoarea eficienței ITC? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Programele eficiente de Intervenție Timpurie în Copilărie pot schimba pozitiv evoluția copilului cu tulburări de dezvoltare sau pot preveni manifestarea complicațiilor secundare.
- B. Implicarea copilului constituie cea mai eficientă formă de stimulare a dezvoltării.
- C. Serviciile de abilitare centrate pe copil stau la baza ITC.
- D. Izolarea și segregarea reprezintă o încălcare gravă a dreptului firesc al copilului la viața socială și are un impact negativ asupra dezvoltării sale.
- E. Perioada de sugar și de copil mic este una importantă în viața fiecărui copil și poate asigura oportunități deosebite pentru creștere și dezvoltare. Totodată, la o vârstă timpurie și vulnerabilitatea copilului crește, astfel încât anumiți factori îi pot prejudicia dezvoltarea.

Răspuns corect: ABDE

3. Ce argumente există în favoarea eficienței ITC? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Programele eficiente de Intervenție Timpurie în Copilărie pot schimba pozitiv traseul de dezvoltare a copilului cu tulburări de dezvoltare sau pot preveni manifestarea complicațiilor secundare.
- B. Există un decalaj enorm între ceea ce este necesar de a fi realizat și ceea ce se realizează în practica intervenției timpurii.
- C. Practicile cu un înalt nivel al dovezii nu sunt implementate la nivelul furnizorilor de servicii.
- D. Practicile cu un înalt nivel al dovezii sunt implementate la nivelul furnizorilor de servicii.
- E. Practicile cu un înalt nivel al dovezii sunt bine sistematizate și promovate; există mecanisme eficiente de facilitare a implementării acestora.

Răspuns corect: ABC

4. Cum are loc învățarea copilului și ce rol au mediile de învățare timpurie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Învățarea începe de la naștere, iar deprinderile se dezvoltă cumulativ, astfel, cele formate anterior servesc drept bază pentru dezvoltarea noilor deprinderi.
- B. Deprinderile dezvoltate în primii ani de viață pot determina consolidarea aptitudinilor dobândite și amplificarea acestora sau pot genera agravarea dificultăților inițiale ale copilului/ apariția unor dificultăți noi.
- C. Copiii au nevoie să li se ofere posibilitatea de a participa la activități de rutină în cadrul cărora să-și dezvolte deprinderile funcționale.
- D. Deoarece învățarea este un proces continuu, funcționalitatea dobândită timpuriu este un indiciu de predictibilitate pentru dezvoltarea ulterioară.
- E. Comportamentul și funcționalitatea, la fiecare etapă de dezvoltare, sunt influențate direct de mediul social și fizic, mult mai profund decât de experiențele anterioare.

Răspuns corect: ABCDE

5. Cum are loc învățarea copilului și ce rol au mediile de învățare timpurie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. De regulă, mediul de învățare timpurie a copilului este unul stabil, echilibrul dintre factorii de risc și cei de protecție rămâne același, fără schimbări esențiale.
- B. Expunerea copilului pe perioade lungi la condiții nefavorabile generează efecte negative de durată.
- C. Expunerea copilului pe perioade lungi la condiții nefavorabile, de regulă, nu generează efecte negative de durată din cauza neuro-plasticității înalte.
- D. Deprinderile dezvoltate în primii ani de viață pot determina consolidarea aptitudinilor dobândite și amplificarea acestora sau pot genera agravarea dificultăților inițiale ale copilului/ apariția unor dificultăți noi.
- E. A crea un mediu optim de învățare și dezvoltare pentru copil, înseamnă a-i asigura un mediu stimulant și experiențe pozitive.

Răspuns corect: ABDE

6. Cum se dezvoltă și cum învață copilul cu dizabilități și cel fără dizabilități? Care este rolul interacțiunilor pentru dezvoltare și învățare? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Pentru copilul mic, în special, mediul este unul relațional: copilul învață prin interacțiuni.
- B. Sugarul și copilul mic se dezvoltă adecvat indiferent de interacțiunile existente.
- C. Interacțiunile, de regulă, nu determină schimbări neurologice și neuro-chimice ale creierului, indiferent dacă schimbările sunt benefice sau malefice.
- D. Creierul își poate schimba considerabil structura și funcțiile – el posedă un grad înalt de plasticitate, mult mai înalt decât se presupunea anterior.
- E. Schimbările neurologice și neuro-chimice ale creierului pot avea loc prin efectul experiențelor trăite (procesarea influențelor externe) și prin reflectare și intenții (procesare intrinsecă).

Răspuns corect: ADE

7. Cum se dezvoltă și cum învață copilul cu dizabilități și cel fără dizabilități? Care este rolul interacțiunilor pentru dezvoltare și învățare? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Copilul mic are deja formată capacitatea de a-și modifica comportamentul și structura creierului prin cugetare și intenții – calea principală de schimbare nu este cea prin învățarea de la adult.
- B. Calitatea și natura interacțiunilor sunt condiții esențiale pentru dezvoltarea copilului.
- C. Susținerea și dezvoltarea interacțiunilor constituie elemente esențiale ce determină eficacitatea intervenției timpurii.
- D. Factorii de mediu sunt cruciali în dezvoltarea copilului.
- E. Interacțiunea cu părinții, frații, persoana îngrijitoare reprezintă elementul major în procesul de învățare a copilului și în dezvoltarea acestuia.

Răspuns corect: BCDE

8. Care este rolul interacțiunilor pentru dezvoltare și învățare? Cum se dezvoltă și cum învață copilul cu dizabilități și cel fără dizabilități? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. O îngrijire sensibilă și receptivă și un atașament pozitiv sunt condiții esențiale pentru o dezvoltare sănătoasă neuropsihică, fizică și psihologică a copilului.
- B. Unul dintre scopurile intervenției timpurii este de a fortifica capacitățile de observație ale părinților și ale persoanelor îngrijitoare pentru a răspunde cât mai prompt la primele încercări de a interacționa cu copilul.
- C. Un alt scop al intervenției timpurii este de a dezvolta un atașament sigur.
- D. Copiii cu dizabilități intelectuale se dezvoltă și învață utilizând mecanisme și căi absolut diferite comparativ cu copiii sănătoși.
- E. Copiii cu dizabilități intelectuale se dezvoltă și învață prin aceleași căi și mecanisme ca și copiii sănătoși, dar necesită eforturi mai mari, în funcție de gradul de dizabilitate intelectuală.

Răspuns corect: ABCE

9. Ce particularități de dezvoltare și învățare au copiii cu dizabilități? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Caracteristicile de dezvoltare și învățare ale copilului sănătos nu sunt aplicabile și pentru copilul cu tulburări de dezvoltare.
- B. Având aceleași necesități ca și copilul sănătos, copilul cu dizabilități intelectuale poate avea dificultăți în satisfacerea acestora, în funcție de natura dizabilității.
- C. Pentru mulți copii cu dizabilități, structurile neurologice, în baza cărora au loc interacțiunile, nu sunt afectate.
- D. Interacțiunile copilului cu dizabilități pot avea, la fel ca și la copilul sănătos, influențe atât pozitive, cât și negative.
- E. Spre deosebire de copiii sănătoși, copiii cu dizabilități inițiază și susțin cu dificultate interacțiuni. Este important ca cele mai subtile încercări ale copilului de a comunica să fie susținute.

Răspuns corect: BCDE

10. Care sunt, de regulă, rezultatele așteptate în dezvoltarea copilului cu dizabilități intelectuale? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Lipsa unei înțelegeri clare a evoluției în dezvoltarea copilului cu dizabilități are un efect negativ asupra eficienței intervenției timpurii.
- B. Evaluarea și stabilirea rezultatelor așteptate în dezvoltarea copilului cu dizabilități constituie o motivație pentru părinți și pentru specialiștii din intervenția timpurie și determină concentrarea eforturilor asupra activităților cu adevărat eficiente în obținerea progresului.
- C. Rezultatele așteptate în dezvoltarea copilului corelează cu valorile: pentru individ, familie, societate.
- D. Valorile și ideile noastre se schimbă frecvent sub influența factorilor de mediu, a stării sociale, a noilor descoperiri științifice în domeniul dezvoltării copilului, dizabilității.
- E. Termenul „realizarea maximă a potențialului de dezvoltare” este cel mai adecvat în comparație cu alte noțiuni, cum ar fi „calitatea vieții”, „gradul de participare și activitate” etc.

Răspuns corect: ABCD

11. Ce este calitatea vieții copilului? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. „Calitatea vieții” și „obținerea potențialului maxim de dezvoltare” sunt sinonime.
- B. Sintagma „calitatea vieții” a înlocuit sintagma „obținerea potențialului maxim de dezvoltare”.
- C. Sintagma „obținerea potențialului maxim de dezvoltare” generează confuzii.
- D. Este imposibil de constatat potențialul de dezvoltare al fiecărui copil.
- E. Este posibil de constatat potențialul de dezvoltare al fiecărui copil pe diferite domenii, pentru copil, pentru familie, pentru societate etc.

Răspuns corect: BCD

12. Ce este calitatea vieții copilului? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Calitatea vieții presupune mai multe dimensiuni: bunăstare emoțională, relații interpersonale, bunăstare materială, afirmare personală, bunăstare fizică, independență, integrare socială, asigurarea drepturilor fundamentale ale omului.
- B. Participarea este factorul promotor în atingerea unei calități optime a vieții.
- C. În pofida naturii multidimensionale și subiective a noțiunii „calitatea vieții”, predomină opinia potrivit căreia componentele calității vieții sunt aceleași atât pentru persoanele fără dizabilități, cât și pentru cele cu dizabilități.
- D. În pofida naturii multidimensionale și subiective a noțiunii „calitatea vieții”, predomină opinia potrivit căreia componentele calității vieții nu sunt aceleași pentru persoanele fără dizabilități și pentru cele cu dizabilități.
- E. Multe persoane cu dizabilități severe raportează o calitate a vieții excelentă sau bună, chiar dacă cei din anturaj afirmă că aceste persoane duc o existență indezirabilă.

Răspuns corect: ABCE

13. De ce, în ITC, s-a trecut de la abordarea centrată pe copil la abordarea centrată pe familie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Pe parcursul anilor, Intervenția Timpurie în Copilărie a „suportat” mai multe schimbări de abordare și a avut mai multe definiții.
- B. Toți copiii, cu sau fără dizabilități/ tulburări de dezvoltare, se dezvoltă prin interacțiunile lor cu părinții și cu persoanele îngrijitoare și datorită experiențelor și oportunităților create pentru învățare.
- C. O condiție esențială pentru o bună dezvoltare a copilului o constituie nivelul înalt al competențelor parentale și abilitățile de îngrijire ale părinților și ale persoanelor-cheie din anturajul copilului.
- D. În ITC, inițial, accentul era pus pe anturajul stimulant dezvoltativ, crearea oportunităților și experiențelor, participarea copilului la activități de rutină prin care el să învețe.
- E. Ulterior, Intervenția Timpurie în Copilărie s-a focusat pe furnizarea serviciilor pentru copiii cu dizabilități și familiile acestora.

Răspuns corect: ABC

14. Care este filozofia și bazele științifice și practice actuale ale Intervenției Timpurii în Copilărie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Atunci când Intervenția Timpurie în Copilărie este focusată pe furnizarea experiențelor și oportunităților care ar determina promovarea competențelor și participarea activă a copilului la activități de zi cu zi, accentul se pune pe formarea capacităților părinților și ale persoanelor îngrijitoare de a oferi oportunități și experiențe favorabile și pe crearea unui anturaj stimulant pentru o dezvoltare optimă prin influențe zilnice.
- B. Acordarea serviciilor de abilitare copilului rămâne o prioritate în Intervenția Timpurie în Copilărie.
- C. Acordarea serviciilor de abilitare copilului nu mai este o prioritate în Intervenția Timpurie în Copilărie.
- D. Atunci când accentul se pune pe „furnizarea serviciilor” pentru copil, atenția se concentrează pe natura și calitatea acestor servicii și pe finalitate – schimbarea comportamentului copilului în mod direct, nu prin schimbarea condițiilor de mediu.
- E. Dezvoltarea copilului este influențată nu numai de mediul familial, dar și de orice mediu în care se află copilul (la grădiniță, la școală, în societate).

Răspuns corect: ACDE

15. De ce serviciile centrate pe copil nu mai sunt „suficiente”? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. În cazul serviciilor centrate pe copil, părinții rămân pasivi, contând pe activitățile de abilitare oferite la Centrul de ITC (sau la domiciliu).
- B. Timpul petrecut de copil la Centrul de ITC constituie o perioadă foarte mică în comparație cu timpul petrecut acasă.
- C. Învățarea copilului are loc, de fapt, între sesiunile de abilitare și între vizitele la domiciliu.
- D. Învățarea copilului are loc, de fapt, în timpul sesiunilor de abilitare și în timpul vizitelor la domiciliu.
- E. În cazul serviciilor centrate pe copil se ignoră contextul de dezvoltare a copilului.

Răspuns corect: ABCE

16. Care sunt carențele serviciilor de ITC „centrate pe copil”? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Prima și cea mai importantă carență a serviciilor de ITC este deplasarea accentului spre serviciile profesionale, cu o reducere a atenției asupra condițiilor esențiale ale învățării copilului.
- B. Aici are loc ignorarea contextului de dezvoltare a copilului.
- C. Planul Individual de Servicii oferite Copilului (PISC) este înlocuit cu Planul Individual de Suport al Familiei (PISF).
- D. Planul Individual de Suport al Familiei (PISF) este înlocuit cu Planul Individual de Servicii oferite Copilului (PISC).
- E. În niciun model nu putem ignora rolul familiei, dar în modelul centrat pe familie punem accentul pe cele mai eficiente și deja unanim acceptate elemente facilitatoare dezvoltării copilului.

Răspuns corect: ABCE

17. Există anumite riscuri, dificultăți de trecere de la servicii centrate pe copil la servicii centrate pe familie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Există anumite riscuri/ dificultăți de trecere de la servicii centrate pe copil la servicii centrate pe familie, în cazul în care această filozofie nu va fi împărtășită de specialiștii din intervenția timpurie.
- B. Specialiștii din ITC pot continua să creadă, eronat, că ei sunt agenții majori în dezvoltarea copilului și nu vor promova crearea oportunităților în toate mediile de dezvoltare a copilului.
- C. Specialiștii din ITC pot să nu devină adepții participării active a copilului, considerată factor fundamental în dezvoltare.
- D. Serviciile pot persista a fi „servicii centrate pe copil”, în locul serviciilor „centrate pe familie”.
- E. Una din metodele de facilitare a tranziției de la serviciile de ITC centrate pe copil la serviciile de ITC centrate pe familie este promovarea rolului nou al specialistului – de la furnizor de servicii la susținător/coach al familiei și părinților.

Răspuns corect: ABCDE

18. Care sunt elementele de bază ale serviciului de ITC centrat pe familie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Competențe parentale înalte, preocupare pentru practici de instruire/coaching parental.
- B. Mediul înconjurător dezvoltativ, stimulant al copilului.
- C. Implicarea copilului în activități zilnice.
- D. Atașamentul nu joacă un rol semnificativ în dezvoltarea copilului.
- E. Relații părinte-copil pro-active pentru stimularea dezvoltării.

Răspuns corect: ABCE

19. Care este importanța factorilor parentali și factorilor de mediu în dezvoltarea copilului? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Familia deține rolul cel mai important în educația copilului.

- B. Unul din principiile fundamentale ale ITC stipulează rolul primordial al anturajului și al familiei în dezvoltarea copilului.
- C. Acest principiu presupune instruirea părinților și implicarea lor în procesul de abilitare a copilului cu dificultăți de dezvoltare.
- D. Cunoașterea și aplicarea celor mai eficiente metode de dezvoltare a abilităților și competențelor parentale devine foarte importantă pentru specialiștii implicați în ITC.
- E. Nivelul dezvoltării intelectuale a copilului și evoluția procesului de dezvoltare cognitivă depinde, în cea mai mare măsură, de serviciile acordate la Centrul de ITC.

Răspuns corect: ABCD

20. Ce presupune modelul parental de ITC? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Modelul parental de intervenție presupune că părinții influențează semnificativ nivelul de dezvoltare a copilului cu dizabilități pe parcursul copilăriei și, în special, în perioadele de vârstă timpurie.
- B. Acest model presupune faptul că încurajarea părinților în sporirea sau accentuarea acelor elemente ale parentalității, pe care cercetătorii le relevă ca fiind asociate cu dezvoltarea copilului, reprezintă una din abordările de bază în promovarea dezvoltării copilului în intervenția timpurie.
- C. Această abordare se axează pe accentuarea relațiilor interpersonale interactive între părinți și copii.
- D. Modelul parental presupune faptul că părinții copiilor cu tulburări de dezvoltare contribuie la variabilitate în dezvoltarea și funcționarea socio-emoțională a copiilor.
- E. Modelul parental presupune faptul că părinții sunt agenții secundari ai schimbărilor dezvoltative ale copiilor.

Răspuns corect: ABCD

21. Ce calități parentale se asociază pozitiv cu dezvoltarea copilului? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Sensibilitatea (afectivitatea, alăturarea, reciprocitatea, susținerea, implicarea);
- B. Alăturarea (frecvența reacționării prompte și corespunzătoare a părinților la comportamentele copilului);
- C. Reciprocitatea și sincronizarea;
- D. Susținerea/sprijinul;
- E. Frecvența ajutorului oferit de părinți, frecvența interacțiunilor părinte-copil.

Răspuns corect: ABCDE

22. Ce presupune coaching-ul în intervenția timpurie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Specialistul ITC este persoana care se implică activ și progresiv.
- B. Un proces de ajutorare a persoanelor în sporirea eficienței lor și în atingerea scopurilor.
- C. Un proces de facilitare a recunoașterii potențialului propriu de asistare în fortificarea competențelor și capacităților.

- D. Un specialist ITC trebuie să fie, în primul rând, un coach/antrenor.
- E. Un specialist ITC trebuie să fie, în primul rând, un furnizor de servicii.

Răspuns corect: ABCD

23. Care este scopul coaching-ului în intervenția timpurie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. De a îmbunătăți nivelul cunoștințelor și abilităților deja existente ale părinților și persoanelor îngrijitoare.
- B. De a facilita dezvoltarea unor noi dexterități ale părinților și persoanelor îngrijitoare.
- C. De a promova auto-evaluarea și auto-perfecționarea continuă a părinților prin susținerea lor din partea antrenorului.
- D. Scopul final al coaching-ului este susținerea performanțelor părinților prin utilizarea auto-reflecției, auto-corecției, generării noilor abilități și noilor strategii în diferite situații.
- E. Părinții și familia să devină cei care, într-o oarecare măsură, pot influența soarta copilului și eficiența proceselor de abilitare.

Răspuns corect: ABCD

24. Care sunt elementele-cheie ale coaching-ului? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Se ține cont de faptul că instruirea adultului nu are anumite particularități.
- B. Coaching-ul este o metodă de fortificare a capacităților, deosebită de instruire, consiliere etc.
- C. Este o metodă directivă – persoanei i se spune ce trebuie să facă, dar nu i se oferă posibilitatea să înțeleagă ce face și cum poate să-și îmbunătățească abilitățile.
- D. Este orientat pe scop – rezultatul este unul așteptat, nu unul arbitrar.
- E. Este concentrat pe soluționarea problemelor; nu se ocupă de analiza trecutului, ci de determinarea prezentului și a viitorului.

Răspuns corect: BDE

25. Care sunt elementele-cheie ale coaching-ului? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Este bazat pe performanțe – orientat pe dezvoltarea persoanei într-o oarecare direcție, mai puțin axat pe emoții și sentimente.
- B. Este un proces reflectiv – reflecția, participarea activă, implicarea persoanei antrenate.
- C. Este bazat pe colaborare – parteneriat reciproc.
- D. Ține cont strict de context.
- E. La baza coaching-ului stă instruirea și consilierea.

Răspuns corect: ABCD

26. Ce factori influențează modelul de percepere a impactului copilului cu dizabilități asupra familiei? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Factorii culturali,
- B. Gradul de rezistență a părinților;
- C. Starea socială a familiei, gradul de suport al familiei din partea societății;
- D. Nivelul de incluziune socială;
- E. Severitatea și tipul dizabilității copilului, perioada apariției dizabilității.

Răspuns corect: ABCDE

27. Cum se definește calitatea vieții și care sunt factorii cei mai importanți care o influențează? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Prin calitatea vieții, în medicină, se înțelege bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite în existența lor cotidiană.
- B. Calitatea vieții rezultă din percepțiile indivizilor asupra situațiilor lor sociale, în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc și în dependență de propriile necesități, standarde și aspirații.
- C. Gradul de dependență a copilului este unul din factorii majori de influență asupra calității vieții.
- D. Calitatea vieții familiei este influențată indirect atât de factori familiali, cât și de factori din partea copilului.
- E. Calitatea vieții nu se poate măsura, determina, diagnostica și, astfel, politicile conexe nu pot fi clar definite în vederea atingerii unor obiective legate de îmbunătățirea calității vieții.

Răspuns corect: ABCD

28. Ce este calitatea vieții familiei (CVF) care crește un copil cu dizabilități și ce factori o influențează? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Calitatea vieții familiei este gradul de ajustare a familiei la mediul înconjurător.
- B. Calitatea vieții familiei este un sentiment dinamic al bunăstării familiei, definit și informat de către membrii săi în mod colectiv și subiectiv, în care nevoile individuale și la nivel de familie interacționează.
- C. Calitatea vieții copilului este influențată de o multitudine de factori ce provin din partea familiei și din partea persoanelor îngrijitoare.
- D. Copilul cu o dizabilitate se simte cel mai bine în instituțiile specializate, iar activitățile centrate pe familie nu sunt cele mai eficiente în satisfacerea necesităților copilului.
- E. Serviciile de intervenție timpurie devin cruciale pentru optimizarea calității vieții prin suportul acordat familiei și sprijinul ei în depășirea dificultăților, reducerea impactului negativ al dizabilității copilului și promovarea unor rezultate pozitive atât pentru copil, cât și pentru familie.

Răspuns corect: ABCE

29. Ce rol joacă evaluarea calității vieții? Este posibilă măsurarea calității vieții familiei? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Calitatea vieții familiei constituie un criteriu important în evaluarea eficienței serviciilor atât pentru copil, cât și pentru familie.

- B. Calitatea vieții familiei a devenit un domeniu de mare interes internațional, mai ales odată cu recunoașterea importanței serviciilor centrate pe familie și implementarea lor pe scară largă la nivel mondial.
- C. Măsurarea calității vieții individului poate fi realizată prin estimarea interacțiunilor cu mediul înconjurător, în special, cu mediul familial.
- D. Posibilitatea de a estima calitatea vieții oferă posibilitatea de a dezvolta și implementa practici bazate pe dovezi.
- E. Calitatea vieții nu poate fi măsurată; nu există instrumente de evaluare a calității vieții familiei și copilului.

Răspuns corect: ABCD

30. Ce domenii de bază sunt estimate pentru măsurarea calității vieții? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Bunăstarea materială, fizică, emoțională;
- B. Dezvoltarea personală;
- C. Autodeterminarea, drepturile;
- D. Incluziunea socială;
- E. Relațiile interpersonale.

Răspuns corect: ABCDE

31. Care este influența serviciilor de intervenție timpurie asupra calității vieții familiei și copilului? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Intervenția Timpurie în Copilărie trebuie să producă beneficii semnificative și măsurabile atât pentru copil, cât și pentru familie.
- B. Se presupune că și copilul, și familia au dreptul la servicii adaptate necesităților lor specifice, astfel rezultatele acestor activități ar trebui evaluate aparte.
- C. Rezultatele obținute în procesul de intervenție sunt un mijloc de cercetare eficientă, deoarece preocupările legate de dezvoltarea copilului constituie justificarea esențială pentru serviciile de ITC.
- D. De-a lungul anilor, s-a recunoscut că ITC are, de asemenea, responsabilitatea de a sprijini familiile copiilor cu dizabilități, nu doar de a acorda servicii de abilitare copilului.
- E. Rezultatul ITC nu poate fi definit ca un beneficiu perceput de familie.

Răspuns corect: ABCD

32. Care sunt rezultatele imediate ale ITC? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Copiii și familiile beneficiază de suport și servicii adecvate, eficiente și adaptate la necesitățile lor individuale; copilul și familia beneficiază de servicii de calitate.
- B. Familiile cunosc necesitățile copiilor lor, familiile iau decizii informate privind serviciile, resursele și oportunitățile pentru copiii lor.

- C. Are loc o tranziție cu succes a copilului după finalizarea serviciilor de ITC.
- D. Activitățile specialiștilor și agențiilor sunt organizate într-un model multidisciplinar, nu inter- sau transdisciplinar.
- E. Familiile au susținere, cunoștințe și dexterități pentru a clarifica și satisface necesitățile individuale.

Răspuns corect: ABCE

33. Care sunt rezultatele de durată ale ITC? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Familiile obțin sau își mențin o calitate a vieții care le oferă o stare de bine.
- B. Familiile sunt capabile să satisfacă necesitățile speciale ale copilului lor.
- C. Se obține o îmbunătățire a stării sănătății copilului.
- D. Se obține un progres în dezvoltarea copilului.
- E. Copilul și familia beneficiază de servicii de calitate.

Răspuns corect: ABCD

34. Ce presupune teoria neuro-maturațională (TN) de dezvoltare motorie a copilului? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Teoria neuro-maturațională a dezvoltării este bazată pe modelul tradițional și este teoria cea mai frecvent citată în manuale la subiectul dezvoltării motorii.
- B. Conform TN, se presupune că schimbările și sporirea abilităților motorii grosiere în timpul perioadei de copil mic au loc doar în urma maturării neurologice a sistemului nervos central (SNC).
- C. Progresele din domeniul embriologiei au dus la descoperirea faptului că embrionul se dezvoltă într-un mod simetric și în direcția de la regiunile cefalocaudale și cele proximale spre regiunile distale.
- D. Au fost formulate mai multe ipoteze ce caracterizează modelul neuro-maturațional, printre care faptul că dezvoltarea are loc de la mișcări primitive la mișcări controlate și de la activități reflectorii la activități voluntare.
- E. Au fost formulate mai multe ipoteze ce caracterizează modelul neuro-maturațional, printre care faptul că dezvoltarea motorie progresează în direcție cefalocaudală și că mișcarea este controlată mai întâi în regiunile proximale și apoi în regiunile distale și că dezvoltarea urmează o secvențialitate distinctă, iar rata de dezvoltare motorie este similară pentru fiecare copil.

Răspuns corect: ABCD

35. Ce presupune teoria sistemelor dinamice (TSD) de dezvoltare motorie timpurie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Spre deosebire de modelul neuro-maturațional, care recunoaște numai influența cortexului cerebral în dezvoltarea motorie, teoria sistemelor dinamice ia în considerare toți factorii care pot influența rezultanta motorie.
- B. Teoria sistemelor dinamice reprezintă un model holistic și avansat de explicare a dezvoltării motorii.
- C. Teoria sistemelor dinamice reprezintă un model eclectic de explicare a dezvoltării motorii.
- D. Sugarul, mediul și semnificația funcțională a sarcinii nu pot fi izolate una de alta, deoarece repre-

zintă o unitate de sinteză și comportamentul motor observat ca rezultat este un produs al interacțiunilor lor.

- E. Sistemul este capabil să modifice în mod autonom abilitatea motorie, în funcție de constrângerile impuse sistemului și nivelul de funcționare a fiecărei unități din sistem. Elementele care compun sistemul se pot maturiza în moduri diferite.

Răspuns corect: ABDE

36. Care sunt abordările actuale privind dezvoltarea motorie timpurie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Actualmente, dezvoltarea motorie este studiată mai mult ca un proces, nu ca un rezultat.
- B. Utilizarea reperelor în dezvoltarea motorie timpurie oferă cea mai bună posibilitate de a prezice dezvoltarea motorie ulterioară în primii ani de viață.
- C. În prezent, se consideră că îmbunătățirea calității și controlului mișcărilor de către copil poate avea loc ulterior chiar și în cazul unor achiziții modeste de comportament motor în primele luni.
- D. În plus, trebuie luate în considerare influențele transculturale asupra dezvoltării motorii; ritmul de dezvoltare motorie poate varia într-o măsură oarecare la copii de diferite naționalități, dar dezvoltarea lor este, în general, similară și comparabilă.
- E. În pofida existenței unor repere motorii, atunci când se evaluează dezvoltarea motorie a copilului, este necesar să se verifice contextul cultural, și nu doar să se respecte standardele de referință.

Răspuns corect: ACDE

37. Care sunt abordările actuale privind dezvoltarea motorie timpurie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Perioada în care copilul este capabil să efectueze diverse activități motorii depinde, într-o anumită măsură, de oportunitățile de a le repeta, variind în funcție de mediul înconjurător și de modul în care funcția motorie a copilului a fost stimulată.
- B. Fiecare sugar urmează modelul său caracteristic de dezvoltare, influențată constant de interacțiunea dintre copil și factorii de mediu.
- C. Există variații individuale considerabile atât între copiii de diferite vârste, cât și între copiii cu aceeași vârstă; cu toate acestea, există caracteristici particulare care permit o evaluare a nivelului și calității performanței fiecăruia.
- D. Dobândirea abilităților motorii este una dintre cele mai remarcabile realizări în primii ani de viață a copilului. Punctele de reper în dezvoltarea motorie, cum ar fi apariția șederii fără sprijin sau a primilor pași independenți, furnizează un cadru pentru monitorizarea dezvoltării copilului în timpul vizitelor de supraveghere a sănătății, deoarece se numără printre cei mai importanți și mai bine delimitați indicatori ai proceselor de dezvoltare, care pot fi observați de părinți și de specialiștii din sistemul de sănătate.
- E. Conform unor studii, copiii din Africa au avut o performanță mai redusă în procesul de căpătare a abilităților motorii grosiere, cum ar fi statul în picioare și mersul cu sprijin, precum și a abilităților motorii fine.

Răspuns corect: ABCD

38. Cum pot influența factorii etnici și culturali dezvoltarea motorie timpurie și evaluarea acesteia? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. În urma studiilor, s-a ajuns la concluzia că nu este posibil să se dezvolte instrumente de evaluare care ar fi sensibile, din punct de vedere cultural, în diferite regiuni geografice și diferite medii și că este necesar să se evalueze sensibilitatea culturală a unor astfel de teste pentru utilizarea lor într-o anumită regiune și anumit grup etnic.
- B. Conform unor cercetări, dezvoltarea copiilor în primul an de viață a fost puternic marcată de dezvoltarea intensă a abilităților grosiere motorii.
- C. Pentru copilul cu vârsta mai mare de 2 ani, diferențele etnice sau culturale nu par să fie corelate cu dezvoltarea motorie.
- D. Fiecare instrument de evaluare a dezvoltării motorii are proprietăți psihometrice care trebuie să fie luate în considerare în analiza dezvoltării motorii a sugarului.
- E. Achizițiile motorii ar putea avea o concordanță mai mare cu dezvoltarea posturii corporale decât cu punctele de reper în dezvoltarea motorie timpurie.

Răspuns corect: ABDE**39. Cum are loc dezvoltarea timpurie a mișcărilor de înclinare a corpului și de control al gâtului? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. La naștere, postura brațelor și a picioarelor este predominant în extensiune, iar acest model este caracteristic pentru primele săptămâni de viață.
- B. La vârsta de 2 luni, activitățile funcționale sunt într-o oarecare măsură limitate, capul se rotește activ, iar mișcările extremităților sunt semicontrolate. Atenția vizuală și fixarea privirii sunt două dintre activitățile funcționale dominante ale copilului la această vârstă.
- C. La vârsta de 2 luni, capul este rar ținut pe linia mediană, fapt condiționat, posibil, de mobilitatea cervicală sporită.
- D. Către vârsta de 3 luni, copilul demonstrează simetrie și orientare a capului pe linia mediană. Extremitățile superioare sunt frecvent în flexiune bilaterală, abducție bilaterală și rotație externă.
- E. La vârsta de 4 luni, copilul poate alterna cu ușurință extensiunea cu flexiunea. Simetria capului și trunchiului, orientarea pe mediană și mișcările simetrice bilaterale ale extremităților sunt dominante și permit dezvoltarea coordonării între cele două părți ale corpului.

Răspuns corect: BCDE**40. Ce abilități motorii poate avea un sugar la vârsta de 5-6 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. La vârsta de 5 luni, copilul poate să se rostogolească în mod activ de pe spate pe lateral.
- B. La vârsta de 6 luni, controlul sporit al flexiunii laterale permite schimbarea centrului de greutate în trunchi și bazin și posibilitatea de a lua poziția disociată în extremitatea inferioară.
- C. Către vârsta de 6 luni, copilul se poate ridica în picioare, ținându-se de barieră.
- D. Către vârsta de 6 luni, copilul, din poziție orizontală, se poate așeza trăgându-se de mâna examinatorului. Copilul deține deja un control suficient antigrațional și un control de flexiune sinergică pentru a controla independent poziția capului, mâinilor și picioarelor.

- E. Către sfârșitul lunii a 6-a, rularea din poziția culcat pe spate spre poziția înclinat este inițiată prin flexiune, rotire și balansare laterală a greutății. Aceste componente apar cel mai frecvent cu participarea capului și a extremităților.

Răspuns corect: ABDE

41. Ce abilități motorii poate avea un sugar la vârsta de 5-6 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. La vârsta de 5 luni, copilul demonstrează tot mai mult echilibru între flexori și extensori.
- B. Abilitatea de a șede este posibilă la 5 luni, doar cu suportul trunchiului sau al mâinilor. Copilul poate menține extensia trunchiului, cu brațele în flexiune anterioară și cu scapulele în abducție.
- C. La vârsta de 6 luni, copilul nu are suficient control al trunchiului și șoldurilor pentru a șede fără susținere și folosește o poziție de inel a extremităților inferioare pentru mărirea stabilității.
- D. Membrele superioare sunt eliberate de sistemul de control postural, astfel copilul le poate folosi pentru a atinge obiecte, a manipula cu mâinile sau a reacționa printr-o extensie anterioară de protecție.
- E. În timpul șezutului, copilul are controlul mișcărilor capului și trunchiului în plan sagital (flexiune și extensie). Pe plan frontal și transversal, copilul are controlul capului, dar încă nu deține controlul trunchiului.

Răspuns corect: ABDE

42. Ce abilități motorii poate avea un sugar la vârsta de 7-8 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. La vârsta de 7 luni, copilul poate sta pe șezute în mod independent, cu spatele și bazinul drepte. Datorită creșterii controlului trunchiului și șoldurilor, șezutul fără susținere devine tot mai funcțional; copilul poate, pe șezute, să se joace cu jucării.
- B. La această vârstă, copilul încă nu posedă un control perfect al echilibrului în poziție pe șezute.
- C. Unii copii la această vârstă se trag singuri să stea, realizând acest lucru prin trecerea de la poziția patruped la poziția pe genunchi, sprijinindu-se în acest timp de mobilier.
- D. La vârsta de 8 luni, copilul nu poate folosi stabilitatea pozițională pentru a șede. Mușchii femurali-pelvieni și cei ai trunchiului nu sunt suficient de pregătiți pentru a stabili postura.
- E. Copilul poate utiliza o gamă largă de poziții ale extremităților inferioare pentru a șede – poziția picioarelor în inel, poziția laterală, poziția W a picioarelor.

Răspuns corect: ABCE

43. Ce abilități motorii poate avea un sugar la vârsta de 9-12 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. La vârsta de 9 luni, șezutul este deseori o stare de tranziție, deoarece în așa postură copilul poate explora activ mediul.
- B. Copilul poate trece, de asemenea, în poziția patruped prin rotirea trunchiului și a bazinului peste femur. Această mișcare necesită o mobilitate deosebită a regiunii pelviene și celei femurale.

- C. Rareori, la vârsta de 10 luni, copilul poate deja sta în picioare.
- D. La vârsta de 10 luni, toți copiii cu dezvoltare tipică pot sta în picioare.
- E. La vârsta de 11-12 luni, copilul poate fi observat stând liniștit în picioare, fiind antrenat în unele activități.

Răspuns corect: ABCE

44. Cum are loc dezvoltarea abilităților manuale ale copilului în primele 3 luni de viață?

Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Copilul nou-născut are abilitatea de a fixa pe un timp scurt obiectele, de a urmări fața dintr-o parte în alta, în cazul în care fața este destul de aproape. Posibil că anume controlul coordonat al ochilor și mâinilor, respectiv, capacitatea de a apuca cu mâna și de a observa mâna este începutul utilizării funcționale a mâinii.
- B. Coordonarea audio-vizual-cefalică nu este prezentă la sugarul cu vârsta de 2 luni și apare mult mai târziu.
- C. Datorită reflexului palmar de agățare, toți nou-născuții sănătoși au capacitatea de a strânge mâna. Cu toate acestea, la vârsta de 2 luni, mișcările devin mai relaxate și cu o extensie mai mare a degetelor.
- D. Copilul dezvoltă mișcarea coordonată de atingere a gurii cu mâna din prima lună de viață, dar mișcarea devine mai fermă din luna a 2-a.
- E. Primul mod de a apuca (coordonarea mână-obiect) este cu o singură mână, cu cele 3 degete ulnare (al 5-lea, arătătorul și degetul mijlociu) flexate înspre palmă, în cazul în care copilul apucă doar obiectul când îl atinge cu mâna. La vârsta de 3 luni, copilul poate aduce mâinile împreună pe mediană (coordonarea mână-mână), cu flexiunea degetelor și extensia ulterioară a lor.

Răspuns corect: ACDE

45. Ce abilități manuale are copilul la vârsta de 5-9 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Reflexul de agățare se intensifică treptat și în jurul vârstei de 5 luni copilul nu poate lăsa conștient obiectul să cadă.
- B. Coordonarea mână-batistă pe față (pe față poate fi pus un scutec și el îl retrage) apare în jurul vârstei de 4 luni, iar coordonarea mână-picior este prezentă la vârsta de 6 luni.
- C. La vârsta de 7 luni, copilul poate demonstra un model de prindere „cu cârligul” (cu mâna, fără participarea degetului mare). Degetul mare și indexul participă la o prindere radial-palmară și ambele mâini pot fi utilizate simultan.
- D. În următoarea etapă de dezvoltare, copilul va fi capabil să ridice obiecte mici, folosind toate degetele, deoarece nu mai este necesară mișcarea de comprimare a obiectului înspre palmă.
- E. Ulterior, la vârsta de 9-10 luni, copilul începe a dezvolta capacitatea de apucare cu 2 degete, cu cel mare și cel arătător pentru a prinde obiecte mici.

Răspuns corect: BCDE

46. Ce abilități manuale are copilul la vârsta de 9-12 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. La vârsta de 9-10 luni, copilul începe a dezvolta capacitatea de apucare cu 2 degete, cu cel mare și cel arătător, pentru a prinde obiecte mici.
- B. La vârsta de 9 luni, copilul are abilitatea de a cuprinde obiectul cu întreaga palmă și de a-l examina vizual și tactil, dar nu va întoarce obiectul dacă va fi rugat.
- C. La vârsta de 12 luni, copilul va întoarce obiectul dacă i se solicită și după această vârstă, majoritatea obiectelor vor fi duse de către el la gură.
- D. De la vârsta de 9 luni, unii copii ar putea să mănânce în mod independent, folosind lingura, dar mai frecvent această abilitate se observă în jurul vârstei de 15 luni.
- E. De la vârsta de 9 luni, unii copii ar putea să mănânce în mod independent, folosind lingura, dar mai frecvent această abilitate se observă în jurul vârstei de 24 de luni.

Răspuns corect: ABCD**47. La ce vârstă apare mersul patruiped și târârea? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. Poziția patruiped poate fi observată la unii copii înainte de abilitatea de târâre (în jurul vârstei de 6-7 luni).
- B. Toți copiii trec, la început, prin etapa de târâre până ating abilitatea de a se deplasa în poziția de patruiped.
- C. Nu toți copiii trec prin etapa de târâre, dar pentru cei care o fac, această mișcare oferă prima posibilitate de locomoție în mediul său, mișcare care poate fi repetată.
- D. Târârea necesită capacitatea copilului de a face ajustări în poziția pe genunchi și pe mâini, cu suportul pe patru puncte de sprijin.
- E. La 7 luni, copilului îi place să descopere jucării noi, unele dintre ele fiind obiecte de uz casnic. Inițiază cu plăcere tranziția de la poziția pe șezute la patruiped.

Răspuns corect: ACDE**48. Cum evoluează abilitatea mersului patruiped și târârii la copilul cu dezvoltare tipică? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. Odată cu dezvoltarea mersului patruiped copilul poate balansa înainte, înapoi și lateral. Balansarea necesită o stabilitate suficientă a trunchiului pentru a oferi libertate și mobilitate în regiunea scapulară.
- B. Balansarea, la început, este realizată prin mișcări cu o amplitudine mai mare și cu căderi, apoi cu mișcări mai mici, fără căderi. În plus, balansarea oferă stimulare vestibulară, proprioceptivă, kinestetică și fortificarea mușchilor umerilor și șoldurilor.
- C. Târârea începe la vârsta de 3 luni, unii copii încep să se târască mai degrabă.
- D. La vârsta de 8 luni, copilul poate cu ușurință să treacă de la poziția șezut la mersul patruiped.
- E. Între vârsta de 7 și 8 luni, copilul se poate rostogoli, se poate târî, schimbând cu ușurință aceste acțiuni.

Răspuns corect: ABDE

49. Cum evoluează abilitatea mersului patruped și târârii după vârsta de 9 luni la copilul cu dezvoltare tipică? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Către vârsta de 3 luni, copilul posedă bune deprinderi de târâre; mișcările reciproce ale extremităților și rotirea trunchiului continuă să fie utilizate.
- B. Târârea este mijlocul primar de locomoție, iar copilul folosește această abilitate pentru a explora mediul înconjurător și pentru a obține și mișca jucăriile.
- C. La vârsta de 10 luni, capacitatea de târâre și de cățărare sunt principalele activități ale copilului. Aceste mișcări demonstrează și, totodată, dezvoltă capacitatea de coordonare dintre trunchi și extremități.
- D. Poziționarea pe genunchi, fără sprijin extern, poate fi observată la vârsta de 10 luni.
- E. La vârsta de 10 luni, copilul poate cu ușurință să folosească poziția pe jumătate îngenuncheat și să se joace în această postură.

Răspuns corect: BCDE**50. Cum are loc dezvoltarea mersului și a capacității de a sta în picioare? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. Unii autori raportează debutul poziției ortostatice de la vârsta de 7 luni; de regulă, copilul stă în picioare cu suport la vârsta de 6 luni și fără suport la vârsta de 7 luni.
- B. La vârsta de 10 luni, copilul poate sta în picioare susținându-se de mobilier și poate merge susținut de mâna adultului (deci, cu suportul doar unei mâini).
- C. Prin explorarea continuă a mediului prin intermediul mișcărilor lente și de târâre, apar și abilitățile motorii de mers și de stat în picioare.
- D. Debutul capacității de a sta în picioare începe încă în jurul vârstei de 7 luni, cu suportul membrelor superioare.
- E. La vârsta de 11 luni, poziția în picioare fără sprijin este o nouă realizare pentru copil. Abilitatea apare, de obicei, automat, atunci când copiii sunt interesați de o jucărie pe care doresc să o dețină sau să o atingă cu ambele mâini.

Răspuns corect: BCDE**51. Cum are loc dezvoltarea mersului și a capacității de a sta în picioare? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. Deoarece capacitatea de echilibru este slabă la debutul mersului pe jos, copilul încearcă să se miște repede și, de obicei, cade sau este prins în brațele părintelui.
- B. La vârsta de 12 luni, copilul poate coborî corpul (se poate așeza din poziția stat pe picioare) cu sau fără sprijin extern.
- C. Șederea pe picioare prezintă o nouă provocare posturală pentru copil, deoarece baza de suport este diferită. Stabilitatea posturală inițială poate fi atinsă prin ondularea degetului mare de la picior.
- D. Majoritatea copiilor merg independent către sau la vârsta de 12 luni.
- E. Majoritatea copiilor merg independent către sau la vârsta de 18 luni.

Răspuns corect: ABCD

52. Care sunt caracteristicile mersului independent timpuriu și cum are loc dezvoltarea mersului după vârsta de 12 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Mersul independent timpuriu are următoarele caracteristici: viteză mare, lungime scurtă a pasului, cadență înaltă, bază largă de sprijin, absența oscilării reciproce a brațelor.
- B. Către vârsta de 7-8 luni, copiii stau în picioare în mod independent.
- C. La 15 luni, copilul poate merge și poate ridica scările fiind ținut de mână.
- D. Mersul se dezvoltă ulterior, atingând caracteristicile mersului matur spre vârsta de 4-7 ani.
- E. După deprinderea mersului independent, copilul progresează către alte aptitudini, cum ar fi fuga, săriturile, aruncarea și prinderea obiectelor într-o progresie succesivă, de la aptitudini simple la aptitudini complexe, apoi la combinarea acestora.

Răspuns corect: ACDE

53. Care sunt caracteristicile mersului independent timpuriu și cum are loc dezvoltarea mersului după vârsta de 1 an? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Mersul independent timpuriu are următoarele caracteristici: viteză mare, lungime scurtă a pasului, cadență înaltă, bază largă de sprijin, absența oscilării reciproce a brațelor.
- B. Către vârsta de 13-14 luni, copiii stau în picioare în mod independent.
- C. La 10 luni, copilul poate merge și poate ridica scările fiind ținut de mână.
- D. Mersul se dezvoltă ulterior, atingând caracteristicile mersului matur spre vârsta de 10 ani.
- E. După deprinderea mersului independent, copilul își dezvoltă alte aptitudini, cum ar fi fuga, săriturile, aruncarea și prinderea obiectelor într-o progresie succesivă; copilul trece de la aptitudini simple la aptitudini complexe, apoi la combinarea acestora.

Răspuns corect: ABE

CAPITOLUL VII

INSTRUIREA PROFESIONALĂ CONTINUĂ ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE

Denumirea cursului: INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE: ACTUALITĂȚI ȘI PERSPECTIVE

Tipul cursului: **Perfecționare pentru competență în activitate**

Numărul total de ore – 35 de ore/5 zile

1. Scopul cursului

Actualizarea cunoștințelor și îmbunătățirea abilităților profesioniștilor din echipele interdisciplinare din cadrul Centrelor de Intervenție Timpurie privind identificarea timpurie a tulburărilor de dezvoltare, aplicarea principiilor de colaborare și oferirea suportului familial în procesul de abilitare/reabilitare a copiilor.

2. Obiectivele de formare în cadrul cursului

• La nivel de cunoaștere și înțelegere

Să cunoască principiile moderne ale Intervenției Timpurii în Copilărie și cele mai recente dovezi științifice legate de acest domeniu; să cunoască metodele de evaluare a dezvoltării copilului; abordările noi privind stimularea dezvoltării și abilitarea copiilor cu necesități speciale.

• La nivel de aplicare

Abilitatea de a recunoaște criteriile dezvoltării tipice și atipice a copilului de vârstă fragedă, de a distinge tulburările de dezvoltare motorie, socio-emoțională, cognitivă, adaptativ-comportamentală, de comunicare; abilitatea de a integra cunoștințe din diferite surse, pentru a comunica eficient cu părinții, abordând problemele de dezvoltare a copilului și impactul acestora; abilitatea de a elabora Planul Individual de Suport al Familiei (PISF) și a-l pune în aplicare.

3. Conținutul de bază al cursului

A. Tematici de curs teoretic:

Nr. d/o	Tema	Ore
1.	Evoluția principiilor și abordărilor teoretico-practice în Intervenția Timpurie în Copilărie.	2
2.	Dovezi recente privind rolul stimulării timpurii a dezvoltării copilului.	2
3.	Noutăți privind rolul familiei în Intervenția Timpurie în Copilărie.	3
4.	Introducere în Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la copii și tineri (CIF-CT). Principii de aplicare în serviciile de intervenție timpurie.	3
5.	Evaluarea copilului cu dizabilități și a familiei în cadrul intervenției timpurii. Actualități.	2

6.	Principii și metode moderne de abilitare a copilului și suport acordat familiei în Intervenția Timpurie în Copilărie.	2
----	---	---

B. Activități/lucrări practice:

Nr. d/o	Tema	Ore
1.	Activități cu familia în Intervenția Timpurie în Copilărie. Modelul parental de ITC.	3
2.	Managementul familiei în cadrul serviciilor de ITC.	3
3.	Aplicarea practică a Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT) în serviciile de intervenție timpurie.	3
4.	Identificarea timpurie a tulburărilor de dezvoltare. Metode de screening.	3
5.	Evaluarea copilului cu dizabilități și a familiei în cadrul intervenției timpurii. Actualități.	3
6.	Principii și metode moderne de abilitare a copilului cu tulburări motorii în Intervenția Timpurie în Copilărie.	3
7.	Principii și metode moderne de abilitare a copilului cu dizabilități intelectuale în Intervenția Timpurie în Copilărie.	3

PLANUL TEMATIC DE STUDII AL MEDICILOR LA CURSUL: „INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE: ACTUALITĂȚI ȘI PERSPECTIVE”

(PT – pediatri, neuropediatri, psihologi, reabilitologi/kinetoterapeuți, psihopedagogi, logopezi, durata – 5 zile/35 de ore)

Nr. d/o.	Denumirea temei	Ore/ prelegeri	Ore/ lucrări practice	Ore/ Total
1.	Evoluția principiilor și abordărilor teoretico-practice în Intervenția Timpurie în Copilărie.	2	3	2
2.	Dovezi recente privind rolul stimulării timpurii a dezvoltării copilului.	2		2
3.	Noutăți privind rolul familiei în Intervenția Timpurie în Copilărie.	3	3	6
4.	Identificarea timpurie a tulburărilor de dezvoltare. Metode de screening.	3	3	6
5.	Evaluarea copilului cu dizabilități și a familiei în cadrul intervenției timpurii. Actualități.	2	6	11
6.	Principii și metode moderne de abilitare a copilului și suport acordat familiei în Intervenția Timpurie în Copilărie.	2	6	8
Total:		14	21	35

Program analitic

Nr. d/o	Conținutul detaliat al cursului
1.	Evoluția principiilor și abordărilor teoretico-practice în Intervenția Timpurie în Copilărie Sistemul de ITC – evoluția modelelor de prestare a serviciilor. Sisteme de servicii de ITC în diferite țări. Beneficiarii sistemului de ITC, criteriile de eligibilitate. Definiții reactualizate ale Intervenției Timpurii în Copilărie. Standarde de calitate a serviciilor de ITC. Codul de etică în Intervenția Timpurie în Copilărie, decizii etico-legale luate pentru copil. Evoluția principiilor de instruire profesională în ITC.
2.	Dovezi recente privind rolul stimulării timpurii a dezvoltării copilului Teorii de dezvoltare: teoriile psihanaliste (Sigmund Freud), teoria psiho-socială, stadiile dezvoltării psiho-sociale după Erik Erikson, teoria umanistă (Abraham Maslow și Carl Rogers), Behaviorismul (Edward Lee Thorndike), teoria socio-culturală a lui Lev Vygotsky, teoriile învățării etc. Principii generale de dezvoltare timpurie. Dezvoltarea copilului cu dizabilități. Neuro-plasticitatea timpurie. Studii științifice privind rolul stimulării timpurii a dezvoltării copilului.

3.	<p>Noutăți privind rolul familiei în intervenția timpurie în copilărie</p> <p>Modelul parental de ITC. Modele de echipe. Activități în echipa interdisciplinară și cea transdisciplinară. Antrenarea/coaching-ul părinților și familiei în ITC. Instruirea familiei. Activități cu familia în cadrul intervenției timpurii în copilărie (activități cu părinții, frații/surorile), implicarea altor membri și îngrijitori ai copilului. Suportul acordat familiei, modelul ecologic. Evaluarea necesităților familiei în baza interviului bazat pe activitățile zilnice. Părinții – asistenți personali. Baza legală și aplicarea practică.</p>
4.	<p>Identificarea timpurie a tulburărilor de dezvoltare. Metode de screening</p> <p>Semne precoce ale tulburărilor de dezvoltare. Servicii de supraveghere neonatală în Republica Moldova. Teste de evaluare a riscului de dezvoltare (<i>BINS – Bayley Infant Neurodevelopmental Screen</i>). Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (<i>Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC</i>). Screening-ul pentru evaluarea riscului de autism.</p>
5.	<p>Evaluarea copilului cu dizabilități și a familiei în cadrul intervenției timpurii. Actualități</p> <p>Introducere în Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT). Aplicarea practică a Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT) în serviciile de intervenție timpurie. Metode standardizate de evaluare a dezvoltării copilului mic și cuantificare a nivelului tulburărilor motorii intelectuale, emoționale, comportamentale, adaptative, de comunicare, racordate la CIF-CT. Evaluarea familiei, a interacțiunii dintre părinți și copil, a calității vieții familiei, mediului de dezvoltare a copilului, ancheta socială, pentru ajustarea Planului Individual de Suport al Familiei.</p>
6.	<p>Principii și metode moderne de abilitare a copilului și suportul acordat familiei în cadrul intervenției timpurii în copilărie</p> <p>Managementul familiei în cadrul serviciilor de ITC. Rolul managerului de caz. Elaborarea Planului Individual de Suport al Familiei în baza rezultatelor evaluării dezvoltării copilului și evaluării familiei. Principii generale și metode moderne de abilitare a copilului cu tulburări motorii. Rolul familiei. Principii generale și metode moderne de abilitare a copilului cu dizabilități intelectuale. Particularități de abordare a copilului cu tulburare de spectru autist. Resurse locale în abilitarea copilului cu TSA.</p>

SUBIECTE / ÎNTREBĂRI PENTRU EVALUAREA CUNOȘTIȚELOR

1. Ce este Intervenția Timpurie în Copilărie (ITC) și prin ce se deosebește de abilitarea timpurie a copilului?
2. Abordări fundamentale ce stau la baza intervenției timpurii în copilărie.
3. Principii de bază ale ITC
4. Ce înseamnă „servicii centrate pe familie”?
5. Ce reprezintă modelul parental de Intervenție Timpurie în Copilărie?
6. Ce specialiști fac parte din echipa de ITC și care sunt responsabilitățile lor?
7. Ce presupune abordarea transdisciplinară în ITC? Cine sunt beneficiarii ITC?
8. Teoriile existente de dezvoltare.
9. Esența teoriilor psihanaliste de dezvoltare (Sigmund Freud).
10. Stadiile dezvoltării psihosociale după Erik Erikson.
11. Definiția neuro-plasticității.
12. Explicați ce reprezintă „mediul dezvoltativ” al copilului.
13. La ce vârstă poate fi începută stimularea dezvoltării comunicative a copilului?
14. La ce vârstă poate fi începută stimularea dezvoltării socio-emoționale a copilului?
15. La ce vârstă poate fi începută stimularea dezvoltării motorii a copilului?
16. Ce reprezintă antrenarea/coaching-ul părinților în Intervenția Timpurie în Copilărie?
17. Elementele-cheie ale coaching-ului.
18. Explicați modelul ecologic de suport familial și ce rol are acesta în dezvoltarea copilului.
19. Abordările de bază în activitățile cu familia.
20. Esența ITC prin prisma modelului „mediul natural al copilului”.
21. Tipuri de suport acordat familiilor în cadrul serviciului de ITC.
22. Rolul suportului emoțional al familiei.
23. Metodele de evaluare a necesităților familiei în ITC.
24. Rolul Planului Individual de Suport al Familiei.
25. Rezultatele așteptate și obiectivele serviciilor de ITC.
26. Modul de asistență a familiei în selectarea serviciilor.
27. Rolul coordonatorului de servicii în evaluarea copilului și familiei.

28. Grupurile de risc sporit pentru apariția tulburărilor de dezvoltare.
29. Semne de alarmă în dezvoltarea motorie a unui copil la vârsta de șase luni.
30. Testele de screening utilizate pentru evaluarea diferitor arii de dezvoltare a copilului mic.
31. Ariile-cheie afectate în dezvoltarea unui copil cu autism.
32. La ce vârstă a copilului este indicat să fie efectuat testul de screening pentru autism?
33. Ce procese biologice stau la baza dezvoltării limbajului și a vorbirii?
34. Care sunt precursorii (sau predecesorii) limbajului?
35. Până la ce vârstă absența limbajului nu este un motiv de îngrijorare?
36. Factorii cu impact asupra dezvoltării limbajului.
37. Cauzele tulburărilor de limbaj.
38. Ce tulburări de limbaj pot fi observate la copiii cu dizabilități intelectuale?
39. Afecțiuni de limbaj și de vorbire în tulburarea de spectru autist.
40. Evoluția dezvoltării cognitive în perioadele de vârstă timpurie.
41. Interacțiunea dintre factorii, care stau la baza dizabilității unui individ, conform Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT)?
42. Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT) este analogul Clasificării Internaționale a Maladiilor CIM-10? Dacă nu, specificați diferența.
43. Ce numim evaluare autentică a dezvoltării copilului?
44. Ce numim evaluare a dezvoltării copilului bazată pe criterii?
45. Ce numim metodă standardizată de evaluare a copilului?
46. Elementele de bază care vor fi evaluate în interacțiunea părinte-copil.
47. Compartimentele Planului Individual de Suport al Familiei.
48. Frecvența recomandată pentru reevaluarea nivelului dezvoltării unui copil cu Paralizie Cerebrală, grad IV (conform GMFCS).
49. Frecvența recomandată pentru reevaluarea nivelului dezvoltării unui copil cu Sindrom Down.
50. Metode de abilitare folosite în cazul tulburărilor motricității fine și grosiere la copilul mic.
51. Metode de stimulare a funcției cognitive a copilului.
52. Metode de stimulare a comunicării utilizate la copilul care nu vorbește.
53. Metode de abilitare utilizate la copilul cu autism.
54. Principiul-cheie utilizat în terapia comportamentală.
55. Ce arii de dezvoltare evaluează Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*)?

Deprinderi practice:

- aplicarea testului de screening pentru autism M-CHAT și interpretarea rezultatelor;

- aplicarea Sistemului de Clasificare Funcțională a Funcției Motorii Grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS);
- aplicarea Testului de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*);
- aplicarea testului de evaluare a mediului de dezvoltare a copilului (*The Home Observation for Measurement of the Environment Infant/Toddler, HOME*).

TESTE DE CONTROL

1. Selectați afirmația corectă privind Intervenția Timpurie în Copilărie (CS):

- A. Serviciu de suport pentru copil și întreaga familie;
- B. Serviciu de recuperare neuro-motorie;
- C. Serviciu de diagnostic al tulburărilor de dezvoltare;
- D. Servicii medicale consultative specializate;
- E. Servicii de diagnosticare timpurie.

Răspuns corect: A

2. Selectați categoriile de copii care corespund criteriilor de eligibilitate pentru accesarea serviciilor de intervenție timpurie (CS):

- A. Copilul cu vârsta de 0-3 ani cu un grad de dizabilitate stabilit;
- B. Orice copil cu vârsta de 0-3 ani;
- C. Orice copil cu vârsta de 0-3 ani cu tulburare de dezvoltare sau cu risc de evoluare a acesteia;
- D. Orice copil cu vârsta de 0-18 ani care a fost diagnosticat cu o tulburare de dezvoltare;
- E. Doar copiii născuți prematur, cu masă foarte mică la naștere.

Răspuns corect: C

3. Serviciile prestate în intervenția timpurie includ (CM):

- A. Consilierea psihologică a familiei;
- B. Diagnosticul de laborator;
- C. Kinetoterapia;
- D. Evaluarea dezvoltării copilului;
- E. Terapie ocupațională.

Răspuns corect: ACDE

4. Indicați cauzele frecvente ale dizabilității motorii la copii: (CM)

- A. Fracturile;
- B. Paralizia cerebrală infantilă;
- C. Spina bifida;
- D. Distrofia musculară;

E. Artrogripoza.

Răspuns corect: BCDE

5. Care este obiectivul principal al intervenției timpurii din punct de vedere kinetic? Selectați afirmația corectă (CS):

- A. Dezvoltarea abilităților motorii;
- B. Dezvoltarea abilităților cognitive;
- C. Dezvoltarea limbajului;
- D. Abilitatea de a se alimenta de sine stătător;
- E. Dezvoltarea abilităților de autoîngrijire.

Răspuns corect: A

6. Cui poate fi oferită asistența psihologică în cadrul intervenției timpurii? Selectați afirmația corectă (CS):

- A. Fraților/surorilor care se confruntă cu dificultăți psihologice după apariția copilului aflat în situație de risc sau cu tulburări de dezvoltare;
- B. Doar îngrijitorului principal al copilului;
- C. Doar părinților copilului;
- D. Oricărui membru al familiei copilului care se confruntă cu dificultăți psihologice, apărute după depistarea dizabilității/tulburării de dezvoltare a copilului;
- E. Doar copilului beneficiar.

Răspuns corect: D

7. Selectați afirmațiile corecte care explică de ce, în ITC, s-a trecut de la abordarea centrată pe copil la abordarea centrată pe familie (CM):

- A. Pe parcursul anilor, Intervenția Timpurie în Copilărie a suportat mai multe schimbări de abordare și a avut mai multe definiții.
- B. Toți copiii, cu sau fără dizabilități/tulburări de dezvoltare, se dezvoltă prin interacțiunile lor cu părinții și cu persoanele îngrijitoare, prin experiențele și oportunitățile create pentru învățare.
- C. O condiție esențială pentru o bună dezvoltare a copilului o constituie nivelul capacităților parentale și al celor de îngrijire ale părinților și ale persoanelor-cheie din anturajul copilului, care pot oferi oportunități și experiențe pentru învățare.
- D. Inițial, în ITC accentul era pus pe anturajul stimulant dezvoltativ, pe crearea oportunităților și experiențelor, participarea copilului la activități de rutină prin care el să învețe.
- E. Ulterior, Intervenția Timpurie în Copilărie s-a focusat pe furnizarea serviciilor pentru copiii cu dizabilități și familiile acestora.

Răspuns corect: ABC

8. Care este filozofia și bazele științifice și practice actuale ale intervenției timpurii în copilărie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Atunci când Intervenția Timpurie în Copilărie este focusată pe furnizarea experiențelor și oportunităților care ar conduce la promovarea competențelor și la participarea activă a copilului în activități de zi cu zi, accentul se pune pe formarea capacităților părinților și a persoanelor îngrijitoare de a-i oferi copilului oportunități și experiențe favorabile și pe crearea unui anturaj stimulator pentru o dezvoltare optimă prin influențe zilnice.
- B. Acordarea serviciilor de abilitare a copilului rămâne o prioritate în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie.
- C. Acordarea serviciilor de abilitare a copilului nu mai este o prioritate în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie.
- D. Atunci când accentul se pune pe „furnizarea serviciilor” pentru copil, atenția se concentrează asupra naturii și calității acestor servicii și asupra scopului de a schimba comportamentul copilului în mod direct, nu prin schimbarea condițiilor de mediu.
- E. Asupra dezvoltării copilului are influență nu numai mediul familial, dar orice mediu în care se află copilul (la grădiniță, la școală, în societate).

Răspuns corect: ACDE

9. Indicați afirmațiile corecte care explică de ce serviciile centrate pe copil nu mai sunt „suficiente” (CM):

- A. În cazul serviciilor centrate pe copil, părinții rămân pasivi, contând pe activitățile de abilitare la Centrul de ITC (sau la domiciliu).
- B. Timpul petrecut de copil la Centrul de ITC constituie o perioadă foarte scurtă comparativ cu timpul petrecut acasă.
- C. Învățarea copilului are loc, de fapt, între sesiunile de abilitare și vizitele la domiciliu.
- D. Învățarea copilului are loc, de fapt, în timpul sesiunilor de abilitare și în timpul vizitelor la domiciliu.
- F. În cazul serviciilor centrate pe copil are loc ignorarea contextului de dezvoltare a copilului.

Răspuns corect: ABCE

10. Selectați afirmațiile corecte privind carențele serviciilor de ITC „centrate pe copil” (CM):

- A. Deplasarea accentului pe serviciile profesionale, cu o reducere a atenției asupra condițiilor esențiale ale învățării copilului.
- B. Ignorarea contextului de dezvoltare a copilului.
- C. Planul individual de servicii oferite copilului (PISC) este înlocuit cu Planul Individual de Suport al Familiei (PISF).
- D. Planul Individual de Suport al Familiei (PISF) este înlocuit cu Planul Individual de Servicii oferite Copilului (PISC).
- E. În niciun model nu se poate ignora rolul familiei, dar în modelul centrat pe familie se pune accent pe cele mai eficiente, unanim acceptate elemente facilitatoare dezvoltării copilului.

Răspuns corect: ABCE

11. Selectați afirmațiile corecte privind rezultatele de durată ale ITC (CM):

- A. Familiile obțin sau mențin o calitate a vieții care le oferă o stare de bine.
- B. Familiile sunt apte de a face față necesităților speciale ale copilului.
- C. Se obține o îmbunătățire a stării sănătății copilului.
- D. Se obține un progres în dezvoltarea copilului.
- E. Copilul și familia beneficiază de servicii de calitate.

Răspuns corect: ABCD

12. Ce presupune teoria neuro-maturațională (TN) de dezvoltare motorie a copilului? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Teoria neuro-maturațională a dezvoltării este bazată pe modelul tradițional și este cea mai frecvent citată în manuale la capitolul dezvoltării motorii.
- B. Conform TN, se presupune că schimbările și sporirea abilităților de motricitate grosieră în timpul perioadei de copil mic au loc doar în urma maturării sistemului nervos central (SNC).
- C. Studiile din domeniul embriologiei au demonstrat că embrionul se dezvoltă într-un mod simetric în direcția de la regiunile cefalocaudale și cele proximale spre cele distale.
- D. Au fost formulate mai multe ipoteze, care caracterizează modelul neuro-maturațional, inclusiv faptul că dezvoltarea are loc de la mișcări primitive spre mișcări controlate și de la activități reflexive spre activități voluntare.
- E. Dezvoltarea motorie progresează în direcție cefalocaudală și mișcarea este controlată mai întâi în regiunile proximale și apoi în regiunile distale.

Răspuns corect: ABCD

13. Selectați afirmațiile corecte privind teoria sistemelor dinamice (TSD) de dezvoltare motorie timpurie (CM):

- A. Spre deosebire de modelul neuro-maturațional, care recunoaște numai influența cortexului cerebral în dezvoltarea motorie, TSD ia în considerație toți factorii care pot influența rezultanta motorie.
- B. TSD reprezintă un model holistic și avansat de explicație a dezvoltării motorii.
- C. TSD reprezintă un model eclectic de explicație a dezvoltării motorii.
- D. Sugarul, mediul și semnificația funcțională a sarcinii nu pot fi izolate una de alta, deoarece ele reprezintă o unitate de sinteză și comportamentul motoriu observat ca rezultat este un produs al interacțiunii lor.
- E. Sistemul este capabil să modifice în mod autonom abilitatea motorie, în funcție de constrângerile impuse asupra sistemului și nivelul de funcționare a fiecărei unități din sistem. Elementele care compun sistemul se pot maturiza în mod diferit.

Răspuns corect: ABDE

14. Ce abilități motorii poate avea un sugar la vârsta de 5-6 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. La vârsta de 5 luni, copilul poate să se rostogolească în mod activ de pe spate pe lateral.
- B. La vârsta de 6 luni, copilul încearcă să se ridice în picioare cu suport.
- C. La fel, copilul începe să folosească mișcările laterale și cele disociate pentru a se ridica în poziția de patrupezi înclinată.
- D. Către vârsta de 6 luni, copilul se poate așeza trăgându-se de mâna examinatorului. Copilul deține deja un control suficient antigravitațional și un control de flexiune sinergică pentru a controla independent poziția capului, mâinilor și picioarelor.
- E. Către sfârșitul lunii a 6-a, rularea din poziție culcat pe spate spre poziția înclinat este inițiată prin flexiune, rotire și balansare laterală a greutății. Aceste componente apar cel mai frecvent cu participarea capului și a extremităților.

Răspuns corect: ACDE**15. Ce abilități motorii poate avea un sugar la vârsta de 5-6 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM)**

- A. La vârsta de 5 luni, copilul demonstrează echilibru între flexori și extensori.
- B. Abilitatea de a ședea este posibilă la 5 luni doar cu suportul trunchiului sau al mâinilor. Copilul poate menține extensia trunchiului, cu brațele în flexiune anterioară și cu scapulele în abducție.
- C. La vârsta de 6 luni, copilul nu are suficient control al trunchiului și umerilor să stea așezat fără susținere și folosește o poziție de inel a extremităților inferioare pentru mărirea stabilității.
- D. Extremitățile superioare sunt eliberate de sistemul de control postural, astfel copilul le poate folosi pentru a atinge obiecte, a manipula cu mâinile sau a reacționa printr-o extensie anterioară de protecție.
- E. În timpul șezutului, copilul are controlul mișcărilor capului și trunchiului în plan sagital (flexiune și extensie). Pe plan frontal și transversal, copilul are controlul capului, dar încă nu deține controlul trunchiului.

Răspuns corect: ABDE**16. Ce abilități motorii poate avea un sugar la vârsta de 7-8 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. Copilul poate sta așezat în mod independent. Din cauza creșterii controlului trunchiului și umerilor, șezutul fără susținere devine tot mai funcțional, copilul se poate juca cu jucării fiind așezat.
- B. La vârsta de 7 luni, copilul încă nu posedă un control perfect al echilibrului în poziția așezat.
- C. Unii copii, la vârsta de 7 luni, tind să se ridice singuri, realizând acest lucru prin trecerea de la poziția patrupezi la poziția pe genunchi, sprijinindu-se în acest timp de mobilier.
- D. La vârsta de 8 luni, copilul nu poate folosi stabilitatea pozițională pentru a sta așezat.
- E. La vârsta de 7 luni, copilul poate utiliza o gamă largă de poziții ale extremităților inferioare pentru a sta pe șezute (poziția W și în inel a picioarelor, poziția laterală).

Răspuns corect: ABCE

17. Ce abilități motorii poate avea un sugar la vârsta de 9-12 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. La vârsta de 9 luni, șezutul este deseori o stare de tranziție, deoarece în așa poziție copilul poate explora activ mediul.
- B. Copilul poate trece în poziția patruped prin rotirea trunchiului și a bazinului peste femur. Această mișcare necesită o mobilitate deosebită a regiunii pelviene și a celei femurale.
- C. Rareori, la vârsta de 10 luni, copilul poate deja sta în picioare.
- D. La vârsta de 10 luni, toți copiii cu dezvoltare tipică pot sta în picioare.
- E. La vârsta de 11-12 luni, copilul poate sta liniștit în picioare, fiind angajat în anumite activități.

Răspuns corect: ABCE

18. Cum are loc dezvoltarea abilităților manuale ale copilului în primele 3 luni de viață? Selectați afirmațiile corecte: (CM)

- A. Copilul nou-născut are abilitatea de a fixa pentru un timp scurt obiectele și de a urmări fața dintr-o parte în alta, în cazul când fața este destul de aproape. Controlul coordonat al ochilor și mâinilor, adică capacitatea de a apuca cu mâna și de a observa mâna, este, probabil, începutul utilizării funcționale a mâinii.
- B. Coordonarea audio-vizual-cefalică nu este prezentă la sugarul cu vârsta de 2 luni și apare mult mai târziu.
- C. Datorită reflexului palmar de agățare, toți nou-născuții sănătoși au capacitatea de a strânge mâna. Cu toate acestea, la vârsta de 2 luni, mișcările devin mai relaxate și cu o extensie mai mare a degetelor.
- D. Copilul dezvoltă mișcarea coordonată de atingere a gurii cu mâna din prima lună de viață, dar mișcarea devine mai fermă din luna a 2-a.
- E. Primul mod de a apuca (coordonarea mână-obiect) este cu o singură mână, cu cele 3 degete ulnare (al 5-lea, arătătorul și degetul mijlociu) flexate înspre palmă, în cazul în care copilul apucă doar obiectul când îl atinge cu mâna. La vârsta de 3 luni, copilul poate aduce mâinile împreună pe mediană (coordonarea mână-mână), cu flexiunea degetelor și extensia ulterioară a lor.

Răspuns corect: ACDE

19. Selectați afirmațiile corecte privind abilitățile manuale ale copilului la vârsta de 5-9 luni (CM):

- A. Reflexul de agățare se intensifică treptat, iar în jurul vârstei de 5 luni, copilul nu poate lăsa conștient obiectul să cadă.
- B. Coordonarea mână-batistă pe față (pe față poate fi pus un scutec și el îl retrace) apare în jurul vârstei de 4 luni, iar coordonarea mână-picior este prezentă la vârsta de 6 luni.
- C. La vârsta de 7 luni, copilul poate demonstra un model de prindere „cu cârligul” (cu mâna, fără participarea degetului mare). Degetul mare și indexul participă la o prindere radial-palmară și ambele mâini pot fi utilizate simultan.
- D. La următoarea etapă de dezvoltare, copilul va fi capabil să ridice obiecte mici, folosind toate degetele, deoarece nu mai este necesară mișcarea de comprimare a obiectului înspre palmă.

- E. La vârsta de 9-10 luni, copilul începe să dezvolte capacitatea de apucare cu 2 degete, cu cel mare și cel arătător, pentru a prinde obiecte mici.

Răspuns corect: BCDE

20. Selectați afirmațiile corecte privind abilitățile manuale ale copilului la vârsta de 9-12 luni (CM):

- A. La vârsta de 9-10 luni, copilul începe să dezvolte capacitatea de apucare cu 2 degete, cu cel mare și cel arătător, pentru a prinde obiecte mici.
- B. La vârsta de 9 luni, copilul are abilitatea de a cuprinde obiectul cu întreaga palmă și de a-l examina vizual și tactic, dar nu va întoarce obiectul dacă va fi rugat.
- C. La vârsta de 12 luni, copilul va întoarce obiectul dacă i se solicită și după această vârstă majoritatea obiectelor vor fi duse de către el la gură.
- D. De la vârsta de 9 luni, unii copii ar putea să mănânce în mod independent, folosind lingura, dar mai frecvent această abilitate se observă în jurul vârstei de 15 luni.
- E. De la vârsta de 9 luni, unii copii ar putea să mănânce în mod independent, folosind lingura, dar mai frecvent această abilitate se observă în jurul vârstei de 24 de luni.

Răspuns corect: ABCD

21. Selectați afirmațiile corecte privind mersul patruped și târârea (CM):

- A. Poziția de patruped poate fi observată la unii copii înainte de deprinderea târâtului (în jurul vârstei de 6-7 luni).
- B. Toți copiii trec, la început, prin etapa de târâre până ating abilitatea de a se deplasa în poziția de patruped.
- C. Nu toți copiii trec prin etapa de târâre, dar pentru cei care o fac, această mișcare oferă prima posibilitate de locomoție în mediul lor, mișcare care poate fi repetată.
- D. Târâutul necesită capacitatea copilului de a face ajustări în poziția pe genunchi și pe mâini, cu suportul pe patru puncte de sprijin.
- E. La 7 luni, copilului îi place să descopere jucării noi în jur, unele de uz casnic, astfel el inițiază cu plăcere tranziția de la poziția așezat la patruped.

Răspuns corect: ACDE

22. Indicați cum evoluează abilitatea mersului patruped și a târârii la copilul cu dezvoltare tipică. Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Odată cu dezvoltarea mersului patruped, copilul poate balansa înainte, înapoi și lateral; balansarea necesită o stabilitate suficientă a trunchiului pentru a oferi libertate și mobilitate în regiunea scapulară.
- B. Balansarea, la început, este realizată în mișcări cu o amplitudine mai mare și cu căderi, apoi cu mișcări mai mici, fără căderi. În plus, balansarea oferă stimulare vestibulară, proprioceptivă și kinestetică și ajută la fortificarea mușchilor umerilor și șoldurilor.
- C. Târârea începe la vârsta de 3 luni, unii copii încep să se târască mai degrabă.

- D. La vârsta de 8 luni, copilul poate să treacă, cu ușurință, de la poziția așezat la mersul patruped.
- E. Între vârsta de 7 și 8 luni, copilul se poate rostogoli, se poate târî, schimbând cu ușurință aceste acțiuni.

Răspuns corect: ABDE

23. Indicați cum evoluează abilitatea mersului patruped și a târării după vârsta de 9 luni la copilul cu dezvoltare tipică. Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Către vârsta de 3 luni, copilul atinge un grad înalt al deprinderii de târare; mișcările reciproce ale extremităților și rotirea trunchiului continuă să fie utilizate.
- B. Târarea este mijlocul primar de locomoție, iar copilul folosește această abilitate pentru a explora mediul înconjurător și pentru a obține și mișca jucăriile.
- C. La vârsta de 10 luni, capacitatea de târare și de cățărare sunt principalele activități ale copilului; aceste mișcări demonstrează și, totodată, dezvoltă capacitatea de coordonare dintre trunchi și extremități.
- D. Poziționarea pe genunchi, fără sprijin extern, poate fi observată la vârsta de 10 luni.
- E. La vârsta de 10 luni, copilul poate să folosească cu ușurință poziția pe jumătate îngenuncheat și să se joace în această postură.

Răspuns corect: BCDE

24. Indicați cum are loc dezvoltarea mersului și a capacității de a sta în picioare la copii. Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Unii specialiști raportează debutul poziției ortostatice de la vârsta de 7 luni; de regulă, copilul stă în picioare cu suport la vârsta de 6 luni și fără suport la vârsta de 7 luni.
- B. La vârsta de 10 luni, copilul poate sta în picioare susținându-se de mobilier și poate merge susținut de mâna adultului (deci, cu suportul doar unei mâini).
- C. Explorarea continuă a mediului prin intermediul mișcărilor lente și de târare contribuie la dezvoltarea abilităților motorii de mers și de stat în picioare.
- D. Debutul capacității de stat în picioare începe încă în jurul vârstei de 7 luni, cu suportul membrelor superioare.
- E. La vârsta de 11 luni, poziția în picioare fără sprijin este o nouă realizare pentru copil; abilitatea apare, de obicei, automat atunci când copiii sunt interesați de o jucărie pe care doresc să o dețină sau să o atingă cu ambele mâini.

Răspuns corect: BCDE

25. Indicați cum are loc dezvoltarea mersului și a capacității de a sta în picioare. Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Deoarece capacitatea de echilibru este slabă la debutul mersului pe jos, copilul încearcă să se miște repede și, de obicei, cade sau este prins în brațele părintelui.
- B. La vârsta de 12 luni, copilul poate coborî corpul (se poate așeza din poziția stat în picioare) cu sau fără sprijin extern.

- C. Statul în picioare prezintă o nouă provocare posturală pentru copil, deoarece baza de suport este diferită; stabilitatea posturală inițială poate fi atinsă prin ondularea degetului mare de la picior.
- D. Majoritatea copiilor merg independent către sau la vârsta de 12 luni.
- E. Majoritatea copiilor merg independent către sau la vârsta de 18 luni.

Răspuns corect: ABCD

26. Indicați care sunt caracteristicile mersului independent timpuriu și cum are loc dezvoltarea mersului după vârsta de 12 luni. Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Mersul independent timpuriu are următoarele caracteristici: viteză mare, lungime scurtă a pasului, cadență înaltă, bază largă de sprijin, absența oscilării reciproce a brațelor.
- B. Către vârsta de 7-8 luni, copiii stau în picioare în mod independent.
- C. La vârsta de 15 luni, copilul poate merge pe jos și poate ridica scările fiind ținut de mână.
- D. Mersul copilului se dezvoltă treptat, atingând caracteristicile mersului matur spre vârsta de 4 – 7 ani.
- E. După dezvoltarea abilității de a merge pe jos independent, copilul progresează spre alte aptitudini, cum ar fi fuga, săriturile, aruncarea și prinderea obiectelor într-o progresie succesivă, de la aptitudini simple la cele complexe, apoi la combinarea acestora.

Răspuns corect: ACDE

27. Indicați care sunt caracteristicile mersului independent timpuriu și cum are loc dezvoltarea mersului după vârsta de 1 an. Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Mersul independent timpuriu are următoarele caracteristici: viteză mare, lungime scurtă a pasului, cadență înaltă, bază largă de sprijin, absența oscilării reciproce a brațelor.
- B. Către vârsta de 13-14 luni, copiii stau în picioare în mod independent.
- C. La vârsta de 10 luni, copilul poate merge pe jos și poate ridica scările fiind ținut de mână.
- D. Mersul copilului atinge caracteristicile mersului matur spre vârsta de 10 ani.
- E. După dezvoltarea abilității de a merge pe jos independent, copilul progresează spre alte aptitudini, cum ar fi fuga, săriturile, aruncarea și prinderea obiectelor într-o progresie succesivă, de la aptitudini simple la aptitudini complexe, apoi la combinarea acestora.

Răspuns corect: ABE

28. Indicați ce înțelegeți prin evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC (CS):

- A. Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC este măsurarea minuțioasă a taliei, greutateii și a perimetrului cranian al copilului.
- B. Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC este un proces flexibil, colaborativ; este realizat de o echipă formată din profesioniști și părinți, care evaluează complex dezvoltarea copilului și ajung la un consens vizavi de satisfacerea necesităților schimbătoare de dezvoltare, educaționale, medicale ale acestuia.
- C. Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC este un proces de aplicare de către medicii pediatri

a unor chestionare cu elemente referitoare la reperele fundamentale privind vârstele-cheie ale copilului, pentru delimitarea deficiențelor pe diferite arii de dezvoltare.

- D. Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC presupune un complex de examinări clinice de laborator, instrumentale și imagistice (în special ale creierului) pentru stabilirea diagnosticului final.
- E. Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC presupune consultul mai multor specialiști din diferite domenii, fiecare dintre care își expune părerea separat.

Răspuns corect: B

29. Indicați ce scop urmărește evaluarea dezvoltării copilului (CM):

- A. Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC are drept scop evidențierea deficiențelor copilului.
- B. Scopul pe care îl urmărește evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC este delimitarea cauzelor tulburărilor de dezvoltare.
- C. Scopul pe care îl urmărește evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC este aprecierea direcțiilor și duratei programului de abilitare.
- D. Scopul pe care îl urmărește evaluarea dezvoltării copilului este identificarea celor mai potrivite servicii de abilitare/terapie, educație, asistență medicală, socială, psihologică.
- E. Scopul pe care îl urmărește evaluarea dezvoltării copilului este cuantificarea progreselor obținute în recuperare și educație.

Răspuns corect: CDE

30. Indicați care dintre metodele de evaluare a dezvoltării copilului sunt promovate ca fiind cele mai recomandate (indicate) (CS):

- A. Metodele care permit compararea rezultatelor copilului evaluat cu un reper standard/normă, deoarece în acest caz se observă clar deficiențele dezvoltării;
- B. Metodele standardizate de evaluare ce raportează abilitățile copilului la anumite criterii considerate importante în dezvoltarea individului;
- C. Metodele de evaluare în contextul natural al copilului (evaluarea autentică);
- D. Evaluarea statică, în care se pune accent pe ceea ce poate face efectiv copilul, pe abilitățile lui la un moment dat, și nu pe capacitatea sa de dezvoltare;
- E. Metodele de screening, deoarece, aplicându-le, specialiștii pot evalua un număr mare de copii într-un timp scurt.

Răspuns corect: C

31. Indicați afirmațiile corecte privind avantajele evaluării autentice (CM):

- A. Evaluarea autentică este raportată la individ și include forme observaționale de evaluare, care presupun creionarea unei imagini autentice a dezvoltării copilului.
- B. Evaluarea autentică are loc în mediul natural și în rutinele zilnice ale copilului.
- C. Evaluarea autentică este evaluarea în săli special amenajate, în cadrul Centrelor de Intervenție Timpurie, cu utilizarea unor echipamente standardizate.

- D. Evaluarea autentică permite identificarea celor mai mici detalii și schimbări foarte subtile în funcționalitatea copilului.
- E. Evaluarea autentică presupune că testele de evaluare sunt foarte rigide, cu elemente standard ce compară abilitățile copilului evaluat cu norma (copilul fără dizabilitate).

Răspuns corect: ABD

32. Indicați care este aplicabilitatea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) în evaluarea dezvoltării copilului (CM):

- A. CIF este un instrument ce evaluează diferite arii de dezvoltare a copilului și trebuie implementat în procesul de evaluare a dezvoltării copilului.
- B. CIF listează doar entitățile nosologice cauzatoare de dizabilitate și nu poate fi utilizată drept un instrument de evaluare.
- C. CIF nu este un instrument practic de evaluare a dezvoltării și poate fi folosită pentru a descrie și a compara sănătatea populațiilor în plan mondial.
- D. CIF permite utilizarea unui limbaj semantic comun între toate sectoarele preocupate de sănătatea omului.
- E. CIF reprezintă un cadru general de codificare a unei largi diversități de informații legate de sănătate (funcțiile, structura organismului, activitatea și participarea, în inter-relație cu factorii de mediu).

Răspuns corect: CDE

33. Indicați care este vârsta recomandată pentru aplicarea testului de screening M-CHAT (CS):

- A. De la naștere până la vârsta de 3 ani;
- B. Între 2-10 ani;
- C. Între 18-24 de luni;
- D. Testul poate fi aplicat la orice vârstă;
- E. În primul an de viață.

Răspuns corect: C

34. Indicați pentru care categorii nosologice este aplicată evaluarea funcției grosiere – testul de evaluare GMFM (CM):

- A. Sindrom Down;
- B. Distrofie musculară;
- C. Paralizie cerebrală;
- D. Artrogripoză;
- E. Spina bifida.

Răspuns corect: AC

35. Indicați care sunt ariile dezvoltării ce pot fi măsurate aplicând Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*) (CM):

- A. Funcțiile cognitive;
- B. Abilitățile motorii;
- C. Abilitățile socio-emoționale;
- D. Abilitățile adaptativ-comportamentale;
- E. Abilitățile de comunicare.

Răspuns corect: ABCD

36. Testul de evaluare a interacțiunii părinte-copil (*Evaluarea Interacțiunilor Părinților cu Copiii / Checklist of Observations Linked to Outcomes, PICCOLO*) evaluează următoarele aspecte (CS):

- A. Dezvoltarea motricității grosiere la copil;
- B. Dezvoltarea motricității fine la copil;
- C. Interacțiunea părinte-copil;
- D. Dezvoltarea multilaterală a copilului;
- E. Inteligența copilului.

Răspuns corect: C

37. Evaluarea mediului de dezvoltare a copilului presupune evaluarea următoarelor aspecte (CM):

- A. Responsivitate;
- B. Acceptanță;
- C. Prezența materialelor educaționale pentru copil;
- D. Implicarea părinților în activitatea/jocul copilului;
- E. Nivelul venitului financiar.

Răspuns corect: ABCD

38. Indicați care dintre metodele enumerate măsoară inteligența copilului (CS):

- A. Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*);
- B. Testul standardizat de evaluare a mediului (*The Home Observation for Measurement of the Environment Infant/Toddler, HOME*);
- C. Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la copii și tineri (CIF-CT);
- D. Testele de apreciere a IQ (Scalele Bayley pentru evaluarea dezvoltării copilului, Test de evaluare a inteligenței SON-R);
- E. Testul de screening pentru autism M-CHAT.

Răspuns corect: D

39. Indicați la ce vârstă putem evalua abilitățile de comunicare ale copilului (CS):

- A. Din primele luni de viață;
- B. Din momentul când rostește primele cuvinte;
- C. Doar începând cu vârsta de 12 luni;
- D. Doar de la vârsta de 3 ani;
- E. Doar de la vârsta de 4 ani.

Răspuns corect: A**40. Indicați pentru ce servesc rezultatele evaluărilor copilului (CM):**

- A. Pentru elaborarea Planului Individual de Suport al Familiei (PISF);
- B. Pentru monitorizarea progreselor în dezvoltare;
- C. Pentru evaluarea eficienței programului de abilitare;
- D. Pentru a documenta gradul de autonomie a copilului;
- E. Pentru a estima volumul asistenței acordate copilului.

Răspuns corect: ABCD**41. Indicați care sunt direcțiile de activitate ale kinetoterapeutului (CM):**

- A. Determinarea stării funcționale a copilului și analiza factorilor pozitivi/negativi care acționează asupra dezvoltării copilului;
- B. Elaborarea programului de kinetoterapie în colaborare cu ceilalți membri ai echipei interdisciplinare;
- C. Determinarea dinamicii de dezvoltare motorie și a schimbărilor copilului ca rezultat al realizării programului de intervenție;
- D. Consultarea părinților în alegerea echipamentului special pentru copii;
- E. Instruirea părinților în aplicarea tehnicilor elementare de kinetoterapie.

Răspuns corect: ABCDE**42. Indicați care sunt principiile de bază de acțiune terapeutică cu aplicarea metodei Bobath (CM):**

- A. Stimularea senzorială prin aplicarea tehnicilor de masaj intens;
- B. Inhibiția – stopare a mișcărilor anormale, a pozelor și reflexelor primitive, care împiedică dezvoltarea mișcărilor normale;
- C. Facilitarea – îmbunătățirea mișcărilor normale și a controlului postural;
- D. Stimularea – folosirea stimulilor tactili și kinetostatici pentru realizarea mișcărilor și menținerea posturii corecte în spațiu;
- E. Fixarea articulațiilor cu utilizarea echipamentelor speciale auxiliare pentru menținerea lor în poziția fiziologică.

Răspuns corect: BCD

43. Selectați afirmațiile corecte privind conduita corectă în cazul dizabilității intelectuale (DI) (CM):

- A. Dizabilitățile intelectuale nu pot fi tratate cu ajutorul medicamentelor, cu excepția tulburărilor mintale care au origini biologice și, respectiv, ar putea fi tratate.
- B. În conduita copiilor cu DI pot fi utilizate medicamente doar cu un scop bine definit: medicamente stimulante – în sindromul deficitului de atenție/hiperactivitate, neuroleptice – în agresiune și automutilare, inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (antidepresante) – în anxietate etc.
- C. Tulburările comportamentale nu au tratament.
- D. Conduita copiilor cu dizabilități intelectuale va fi monitorizată de către echipa multidisciplinară (medicul de familie, pediatrul consultant, psihologul, psihiatrul și alți specialiști), de către echipa transdisciplinară de ITC (în primii 3-4 ani de viață) și de către serviciul psiho-pedagogic și de educație incluzivă în perioada de preșcolar și școlar.
- E. Dizabilitatea intelectuală poate fi tratată cu succes cu ajutorul medicamentelor.

Răspuns corect: ABDE**44. Indicați ce servicii în cadrul ITC vor recepționa copiii cu dizabilitate intelectuală (CM):**

- A. Terapie ocupațională individuală;
- B. Terapie ocupațională în grup;
- C. Stimularea timpurie a comunicării;
- D. Terapie fizică;
- E. Terapie cu delfini.

Răspuns corect: ABC**45. Indicați care sunt criteriile de diagnosticare a dizabilității intelectuale (CM):**

- A. Tulburări ale funcției motorii;
- B. IQ sub 70;
- C. Limitare semnificativă a cel puțin 2 funcții de adaptare;
- D. Debut înainte de 18 ani;
- E. Prezența anomaliilor congenitale ale creierului.

Răspuns corect: BCD**46. Indicați care este instrumentul de bază pentru diagnosticul dizabilității intelectuale (CS):**

- A. Testul de screening pentru autism M-CHAT;
- B. Programul de observație pentru diagnosticul autismului – Testul ADOS-2;
- C. Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*);
- D. Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5);
- E. Testul de Evaluare Pediatrică a Dizabilității (*Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI-CAT*).

Răspuns corect: D

Denumirea cursului: DEZVOLTAREA COPILULUI. IDENTIFICAREA TIMPURIE A TULBURĂRI-LOR DE DEZVOLTARE

Tipul cursului: **Perfecționare pentru competență în activitate**

Numărul total de ore – 35 de ore/5 zile

1. Scopul cursului

A le forma profesioniștilor din echipele interdisciplinare ale Centrelor de Intervenție Timpurie abilități de recunoaștere a criteriilor dezvoltării tipice și atipice, pentru identificarea timpurie a tulburărilor de dezvoltare și referirea/includerea copiilor și familiilor acestora în programe de intervenție timpurie.

2. Obiectivele de formare în cadrul cursului

- *La nivel de cunoaștere și înțelegere:*
 - să cunoască teoriile de dezvoltare a copilului;
 - să cunoască perioadele critice și fenomenul de neuroplasticitate;
 - să cunoască influențele genetice și de mediu asupra dezvoltării;
 - să cunoască legitățile și tempoul de dezvoltare a copilului în primii trei ani de viață.
- *La nivel de aplicare:*
 - să recunoască reperele dezvoltării tipice și atipice a copilului de vârstă fragedă;
 - să distingă tulburările de dezvoltare motorie, socio-emoțională, cognitivă, adaptativ-comportamentală, de comunicare;
 - să comunice eficient cu părinții abordând problemele de dezvoltare a copilului și impactul acestora asupra traiectoriei de dezvoltare, riscul de dezvoltare a dizabilităților.

3. Conținutul de bază al cursului

A. Tematici de curs teoretic:

Nr. d/o	Tema	Ore
1.	Teorii de dezvoltare a copilului – evoluție, noi abordări, aplicare în intervenția timpurie.	2
2.	Creșterea și dezvoltarea copilului în primii ani de viață.	3
3.	Perioadele critice de dezvoltare și fenomenul de neuro-plasticitate.	2
4.	Tulburări de dezvoltare. Identificarea timpurie.	3
5.	Identificarea timpurie a tulburărilor motorii.	2
6.	Copilul cu dizabilități intelectuale. Identificare timpurie.	2

B. Activități/lucrări practice:

Nr. d/o	Tema	Ore
1.	Evaluarea creșterii și dezvoltării tipice a copilului în primii ani de viață.	3
2.	Identificarea timpurie a tulburărilor de dezvoltare. Semne precoce ale tulburărilor de dezvoltare.	3
3.	Aplicarea Testului de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (<i>Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC</i>) pentru screening-ul tulburărilor de dezvoltare.	3
4.	Abordări kinetoterapeutice ale copilului cu tulburări motorii. Terapia fizică în spasticitate și hipotonie la copil în primii ani de viață.	3
5.	Paralizia cerebrală. Algoritm de diagnostic timpuriu. Intervenție timpurie. Aplicarea Sistemului de Clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS).	3
6.	Copilul cu Sindrom Down. Particularități de creștere, dezvoltare intelectuală, motorie, socio-emoțională, adaptativ/comportamentală. Intervenția timpurie.	3
7.	Parentalitate pozitivă – principii de stimulare timpurie a dezvoltării copilului.	3

PLANUL TEMATIC DE STUDII AL MEDICILOR LA CURSUL: „DEZVOLTAREA COPILULUI. IDENTIFICAREA TIMPURIE A TULBURĂRILOR DE DEZVOLTARE”

(PT – pediatri, neuropediatri, reabilitologi, psihologi, psihopedagogi; durata – 5 zile/35 de ore)

Nr. d/o	Denumirea temei	Ore/ prelegeri	Ore/ lucrări practice	Ore/ Total
1.	Teorii de dezvoltare a copilului – evoluție, noi abordări, aplicare în intervenția timpurie.	1		1
2.	Creșterea și dezvoltarea copilului în primii ani de viață.	1	3	4
3.	Perioadele critice de dezvoltare și fenomenul de neuro-plasticitate.	2	2	4
4.	Tulburări de dezvoltare. Identificare timpurie.	2	6	8
5.	Identificarea timpurie a tulburărilor motorii.	2	7	9
6.	Copilul cu dizabilități intelectuale. Identificare timpurie.	2	7	9
Total:		10	25	35

Program analitic

Nr. d/o	Conținutul detaliat al cursului
1	Teorii de dezvoltare a copilului – evoluție, noi abordări, aplicare în intervenția timpurie Definiții, generalități. Domenii de dezvoltare. Factori care afectează dezvoltarea. Teorii de dezvoltare: teoriile psihanaliste (Sigmund Freud), teoria psiho-socială, stadiile dezvoltării psihosociale după Erik Erikson, teoria umanistă (Abraham Maslow și Carl Rogers), behaviorismul (Edward Lee Thorndike), teoria socio-culturală a lui Lev Vygotsky, teoriile învățării etc.
2	Creșterea și dezvoltarea copilului în primii ani de viață Reperete de bază ale dezvoltării copiilor în diferite perioade de vârstă. Dezvoltarea din perspectiva de învățare. Perioada intrauterină. Perioada de nou-născut (de la naștere până la 28 de zile postpartum). Perioada de sugar (28 de zile-1 an). Perioada de copil mic sau de antepreșcolar (1-3 ani).
3	Perioadele critice de dezvoltare și fenomenul de neuroplasticitate Generalități, definiții. Concepte de bază privind perioadele critice. Plasticitatea neuronală. Neuroplasticitatea timpurie – mecanisme diferite în sisteme funcționale diferite.
4	Tulburări de dezvoltare. Identificare timpurie Semne precoce ale tulburărilor de dezvoltare. Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (<i>Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC</i>).
5	Identificarea timpurie a tulburărilor motorii Definiții. Cauzele principale ale tulburărilor motorii la copii. (PC, spina bifida, distrofii musculare, amiotrofii spinale, artrogripoză, maladii genetice etc.). Spasticitatea. Hipotonia. Motricitatea fină. Paralizia cerebrală. Definiții. Clasificare. Cauzele principale ale apariției la copii. Manifestări clinice. Sistemul de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS). Arborele de decizie în stabilirea diagnosticului de paralizie cerebrală. Arborele de clasificare a subtipurilor paraliziei cerebrale. Principii generale de abilitare a copilului cu tulburări motorii. Rolul familiei.

6	<p>Copilul cu dizabilități intelectuale. Identificare timpurie</p> <p>Generalități. Evoluția definițiilor. Funcții mintale specifice și globale. Structura cauzală a dizabilităților intelectuale. Criterii de diagnostic și clasificare a dizabilității intelectuale. Gradele de severitate a dizabilității intelectuale. Prevalența. Inteligența emoțională.</p> <p>Sindromul Down, Sindromul X Fragil, Williams, Prader Willi: particularități genetice, clinice, perspectivele dezvoltării. Sindromul alcoolic-fetal, paralizia cerebrală și dizabilitatea intelectuală.</p> <p>Teste screening de evaluare: testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (<i>Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC</i>), Portage. Teste de apreciere a IQ (Scalele Bayley pentru evaluarea dezvoltării copilului, Test de evaluare a inteligenței – SON-R). Principii generale de aplicare.</p> <p>Principii generale de abilitare a copilului cu dizabilități intelectuale. Rolul familiei.</p>
---	---

SUBIECTE / ÎNTREBĂRI PENTRU EVALUAREA CUNOȘTIINȚELOR

1. Care sunt grupurile de risc sporit pentru apariția tulburărilor de dezvoltare?
2. Care sunt factorii ce pot afecta dezvoltarea copilului?
3. Teoriile de dezvoltare.
4. Esența teoriilor psihanaliste de dezvoltare (Sigmund Freud).
5. Stadiile dezvoltării psihosociale după Erik Erikson.
6. Deprinderile caracteristice unui copil de 3 luni.
7. Deprinderile caracteristice unui copil de 6 luni.
8. Caracteristicile de dezvoltare a unui copil de 9 luni.
9. Caracteristicile de dezvoltare a unui copil de 12 luni.
10. Caracteristicile principale de dezvoltare a unui copil de 18 luni.
11. Caracteristicile principale de dezvoltare a unui copil de 24 de luni.
12. Caracteristicile principale de dezvoltare a unui copil de 36 de luni.
13. Ce reprezintă neuroplasticitatea timpurie?
14. Perioadele critice în dezvoltarea copilului.
15. Ce înseamnă „mediu dezvoltativ” pentru copil?
16. Arii de dezvoltare care necesită a fi monitorizate la copil în cadrul ITC.
17. Teste de screening utilizate pentru evaluarea diferitor arii de dezvoltare a copilului mic.
18. Arii le de dezvoltare măsurate prin Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*).
19. Ariile-cheie afectate în dezvoltarea unui copil cu autism.
20. La ce vârstă a copilului este indicat să efectuați testul de screening pentru autism?
21. Cauzele tulburărilor motorii la copii.
22. Dezvoltarea motorie a copilului și procesele care stau la baza evoluției acesteia.
23. Factorii importanți ce influențează dezvoltarea abilităților motorii la sugar.
24. Ce reprezintă paralizia cerebrală (PC) (definiția)?
25. Cauzele de bază ale PC.
26. Subtipurile paraliziei cerebrale.
27. Evaluarea gradului de severitate și pronosticul dezvoltării PC.

28. Pașii de bază ai arborelui de decizie în stabilirea diagnosticului de paralizie cerebrală.
29. Care sunt metodele principale de abilitare și tratament a PC?
30. Semnele clinice ale spasticității.
31. Caracteristicile clinice ale „copilului flasc”.
32. Ce este motricitatea fină?
33. Criteriile de diagnostic al dizabilității intelectuale.
34. Gradele retardului mintal.
35. Caracteristicile de bază ale inteligenței emoționale.
36. Cauzele frecvente ale dizabilității intelectuale.
37. Originea Sindromului Down.
38. Caracteristicile de dezvoltare a copilului cu Sindrom Down.
39. Patologiile asociate frecvent Sindromului Down.
40. Caracteristica genetică a sindromului X Fragil.
41. Care este corelația dintre paralizia cerebrală și nivelul inteligenței copilului?
42. Cum putem măsura inteligența unui copil, inclusiv a unui copil care nu vorbește?
43. Care sunt metodele de abilitare a copilului cu dizabilitate intelectuală?
44. Care sunt remediile farmaco-terapeutice eficiente pentru stimularea abilităților cognitive sau a inteligenței copilului cu tulburări de dezvoltare?

Deprinderi practice

- aplicarea testului de screening M-CHAT, interpretarea rezultatelor;
- aplicarea Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS);
- Aplicarea Testului de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*).

TESTE DE CONTROL

1. Care sunt domeniile tradiționale de dezvoltare? (CM)

- A. Motricitatea grosieră;
- B. Motricitatea fină;
- C. Domeniul cognitiv;
- D. Comunicare/Limbaj;
- E. Domeniul psiho-social.

Răspuns corect: ABCDE

2. Numiți câteva teorii de dezvoltare. Selectați răspunsurile corecte (CM):

- A. Teoriile psihanaliste de dezvoltare (Sigmund Freud);
- B. Teoria dezvoltării psihosociale după Erik Erikson;
- C. Teoria neuro-maturațională de dezvoltare motorie;
- D. Teoria relativității;
- E. Teoria sistemelor dinamice de dezvoltare motorie timpurie.

Răspuns corect: ABCE

3. Ce presupune teoria neuro-maturațională (TN) de dezvoltare motorie a copilului? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Teoria neuro-maturațională de dezvoltare este bazată pe modelul tradițional și este teoria cea mai frecvent citată în manuale la capitolul dezvoltării motorii.
- B. Conform teoriei neuro-maturaționale, schimbările și sporirea abilităților motorii grosiere în timpul perioadei de copil mic au loc doar în urma maturării neurologice a sistemului nervos central (SNC).
- C. Progresele din domeniul embriologiei au dus la descoperirea faptului că embrionul se dezvoltă într-un mod simetric și în direcția de la regiunile cefalocaudale și cele proximale spre regiunile distale.
- D. Au fost formulate mai multe ipoteze privind modelul neuro-maturațional. Potrivit uneia dintre ele, dezvoltarea are loc de la mișcări primitive spre mișcări controlate și de la activități reflectorii spre activități voluntare.
- E. Conform unei ipoteze privind modelul neuro-maturațional, dezvoltarea motorie progresează în direcția cefalocaudală, mișcarea este controlată mai întâi în regiunile proximale și apoi în regiunile distale, dezvoltarea urmează o secvențialitate distinctă, iar rata de dezvoltare motorie este similară pentru fiecare copil.

Răspuns corect: ABCD

4. Ce presupune teoria sistemelor dinamice (TSD) de dezvoltare motorie timpurie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Spre deosebire de modelul neuro-maturațional, care recunoaște numai influența cortexului cerebral în dezvoltarea motorie, teoria sistemelor dinamice ia în considerare toți factorii care pot influența rezultanta motorie.
- B. Teoria sistemelor dinamice reprezintă un model holistic și avansat de explicare a dezvoltării motorii.
- C. Teoria sistemelor dinamice reprezintă un model eclectic de explicare a dezvoltării motorii.
- D. Sugarul, mediul și semnificația funcțională a sarcinii nu pot fi izolate una de alta, deoarece reprezintă o unitate de sinteză, iar comportamentul motoriu observat ca rezultat este un produs al interacțiunii lor.
- E. Sistemul este capabil să modifice în mod autonom abilitatea motorie, în funcție de constrângerile impuse asupra sistemului și de nivelul de funcționare a fiecărei unități din sistem. Elementele care compun sistemul se pot maturiza în moduri diferite.

Răspuns corect: ABDE

5. Care sunt abordările actuale privind dezvoltarea motorie timpurie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Actualmente, dezvoltarea motorie este studiată mai mult ca un proces, nu ca un rezultat.
- B. Utilizarea reperelor în dezvoltarea motorie timpurie oferă cea mai bună posibilitate de a prezice dezvoltarea motorie ulterioară în primii ani de viață ai copilului.
- C. În prezent, se consideră că îmbunătățirea calității și controlului mișcărilor de către copil poate avea loc ulterior, chiar și în cazul unor achiziții modeste de comportament motoriu în primele luni.
- D. Adițional, trebuie luate în considerare influențele transculturale asupra dezvoltării motorii; ritmul de dezvoltare motorie poate varia într-o măsură oarecare la copii de diferite naționalități, dar dezvoltarea lor este, în general, similară și comparabilă.
- E. În pofida existenței unor repere, atunci când este evaluată dezvoltarea motorie a copilului, este necesar să se verifice contextul cultural și nu doar să se respecte standardele de referință.

Răspuns corect: ACDE

6. Cum pot influența factorii etnici și culturali dezvoltarea motorie timpurie și evaluarea ei? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Studiile relatează, că nu este posibil să se dezvolte instrumente de evaluare care ar fi sensibile și aplicabile, din punct de vedere cultural, în diferite regiuni geografice și diferite medii. Este necesar să se evalueze sensibilitatea culturală a unor astfel de teste pentru utilizarea lor într-o anumită regiune și anumit grup etnic.
- B. Conform unor cercetări, dezvoltarea copiilor în primul an de viață a fost puternic marcată de dezvoltare accelerată a abilităților grosiere motorii.
- C. Pentru copilul cu vârsta mai mare de 2 ani diferențele etnice sau culturale nu par să fie corelate cu dezvoltarea motorie.

- D. Fiecare instrument de evaluare a dezvoltării motorii are proprietăți psihometrice care trebuie să fie luate în considerare în procesul analizei dezvoltării motorii a sugarului.
- E. Achizițiile motorii ar putea avea o concordanță mai mare cu dezvoltarea posturii corporale decât cu punctele de reper în dezvoltarea motorie timpurie.

Răspuns corect: ABDE

7. Numiți stadiile dezvoltării psihosexuale după Sigmund Freud, selectați răspunsurile corecte (CM):

- A. De la naștere la un an – stadiul oral;
- B. De la 1 la 3 ani – stadiul anal;
- C. De la 3 la 6 ani – stadiul falic;
- D. 7-11 ani – perioada de latență, când nevoile sexuale ale copilului se liniștesc;
- E. Adolescența – stadiul genital.

Răspuns corect: ABCDE

8. Care dintre stadiile dezvoltării psihosociale se regăsesc în teoria dezvoltată de Erik Erikson? (CM):

- A. De la 3 la 6 ani – stadiul falic;
- B. 7-11 ani – perioada de latență; nevoile sexuale ale copilului se liniștesc;
- C. Stadiul de la naștere – 1 an. Criza: încredere versus neîncredere;
- D. Stadiul 1-3 ani (copilăria mică). Criza: autonomie versus îndoială/ rușine;
- E. Stadiul 3-6 ani (copilăria mijlocie). Criza: inițiativă versus culpabilitate.

Răspuns corect: CDE

9. Ce abilități motorii poate avea un sugar la vârsta de 5-6 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. La vârsta de 5 luni, copilul poate să se rostogolească în mod activ de pe spate pe lateral.
- B. Controlul sporit pentru flexiune laterală permite copilului, la vârsta de 6 luni, să schimbe centrul de greutate în trunchi și pelvis și să ia poziția disociată în extremitatea inferioară.
- C. La vârsta de 6 luni, copilul începe, la fel, să folosească mișcările laterale și cele disociate pentru a se ridica în patrupezi în poziția înclinată.
- D. Către vârsta de 6 luni, copilul se poate așeza trăgându-se de mâna examinatorului. Copilul deține deja un control suficient antigravitațional și un control de flexiune sinergică pentru a controla independent poziția capului, mâinilor și picioarelor.
- E. Către sfârșitul lunii a 6-a, rulara din poziție culcat pe spate spre poziția înclinat este inițiată prin flexiune, rotire și balansare laterală a greutății. Aceste componente apar cel mai frecvent cu participarea capului și a extremităților.

Răspuns corect: ABCD

10. Ce abilități motorii poate avea un sugar la vârsta de 5-6 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. La vârsta de 5 luni, copilul demonstrează tot mai mult echilibru între flexori și extensori.
- B. Abilitatea de a sta așezat este posibilă la 5 luni doar cu suportul trunchiului sau al mâinilor. Copilul poate menține extensia trunchiului, cu brațele în flexiune anterioară și cu scapulele în abducție.
- C. La vârsta de 6 luni, copilul nu are suficient control al trunchiului și umerilor pentru ca să stea așezat fără susținere și folosește o poziție de inel a membrilor inferioare pentru mărirea stabilității.
- D. Membrele superioare sunt eliberate de sistemul de control postural, astfel copilul le poate folosi pentru a atinge obiecte, a manipula cu mâinile sau a reacționa printr-o extensie anterioară de protecție.
- E. În timpul șezutului, copilul are controlul mișcărilor capului și trunchiului în plan sagital (flexiune și extensie). Pe plan frontal și transversal, copilul are controlul capului, dar încă nu deține controlul trunchiului.

Răspuns corect: ABDE**11. Ce abilități motorii poate avea un sugar la vârsta de 7-8 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. La vârsta de 7 luni, copilul poate sta așezat în mod independent, cu spatele și bazinul drepte. Din cauza creșterii controlului trunchiului și umerilor, șezutul fără susținere devine tot mai funcțional, copilul poate sta așezat și să se joace cu jucării.
- B. La vârsta de 7 luni, copilul posedă un control perfect al echilibrului în poziția așezat?
- C. Unii copii la această vârstă se trag singuri să stea, realizând acest lucru prin trecerea de la poziția patruped la poziția pe genunchi, sprijinindu-se, în acest timp, de mobilier.
- D. La vârsta de 8 luni, copilul nu poate folosi stabilitatea pozițională pentru a sta așezat. Mușchii femurali-pelviene și cei ai trunchiului nu sunt suficient de pregătiți pentru a stabili postura.
- E. Copilul poate utiliza o gamă largă de poziții ale membrilor inferioare pentru a sta așezat – poziția picioarelor în inel, poziția laterală, poziția W a picioarelor.

Răspuns corect: ABCE**12. Ce abilități motorii poate avea un sugar la vârsta de 9-12 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. La vârsta de 9 luni, șezutul este deseori o stare de tranziție, deoarece în așa postură copilul poate explora activ mediul.
- B. La vârsta de 9 luni, copilul poate trece în poziția patruped prin rotirea trunchiului și a bazinului peste femur. Această mișcare necesită o mobilitate deosebită a regiunii pelviene și a celei femurale.
- C. Rareori, la vârsta de 10 luni, copilul poate deja sta în picioare.
- D. La vârsta de 10 luni, toți copiii cu dezvoltare tipică pot sta în picioare.
- E. La vârsta de 11-12 luni, copilul poate fi observat stând liniștit în picioare, fiind angajat în unele activități.

Răspuns corect: ABCE

13. Cum are loc dezvoltarea abilităților manuale ale copilului în primele 3 luni de viață?**Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. Copilul nou-născut are abilitatea de a fixa pe un timp scurt obiectele și de a urmări fața dintr-o parte în alta, atunci când fața este destul de aproape. Controlul coordonat al ochilor și mâinilor, altfel spus, capacitatea de a apuca cu mâna și de a observa mâna, este (posibil) începutul utilizării funcționale a mâinii.
- B. Coordonarea audio-vizual-cefalică nu este prezentă la sugar până la vârsta de 7-8 luni.
- C. Datorită reflexului palmar de agățare, toți nou-născuții sănătoși au capacitatea de a strânge mâna. Cu toate acestea, la vârsta de 2 luni, mișcările devin mai relaxate și cu o extensie mai mare a degetelor.
- D. Copilul dezvoltă mișcarea coordonată de atingere a gurii cu mâna din prima lună de viață, dar mișcarea devine mai fermă din luna a 2-a.
- E. Primul mod de a apuca (coordonarea mână-obiect) este cu o singură mână, cu cele 3 degete ulnare (al 5-lea, arătătorul și degetul mijlociu) flexate înspre palmă,

Răspuns corect: ACDE**14. Selectați afirmațiile corecte privind abilitățile manuale ale copilului în vârsta de 5-9 luni (CM):**

- A. Reflexul de agățare se intensifică treptat, iar în jurul vârstei de 5 luni copilul nu poate lăsa conștient obiectul să cadă.
- B. Coordonarea mână-batistă pe față (pe față poate fi pus un scutec și el îl retrage) apare în jurul vârstei de 4 luni.
- C. La vârsta de 7 luni, copilul poate demonstra un model de prindere „cu cârligul” (cu mâna, fără participarea degetului mare). Degetul mare și indexul participă la o prindere radial-palmară și ambele mâini pot fi utilizate simultan.
- D. La următoarea etapă de dezvoltare, copilul va fi capabil să ridice obiecte mici, folosind toate degetele, deoarece nu mai este necesară mișcarea de comprimare a obiectului înspre palmă.
- E. Ulterior, la vârsta de 9-10 luni, copilul începe a dezvolta capacitatea de apucare cu 2 degete, cu cel mare și cel arătător, pentru a prinde obiecte mici.

Răspuns corect: BCDE**15. Ce abilități manuale are copilul la vârsta de 9-12 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. La vârsta de 9-10 luni, copilul începe a dezvolta capacitatea de apucare cu 2 degete, cu cel mare și cel arătător, pentru a prinde obiecte mici.
- B. La vârsta de 9 luni, copilul are abilitatea de a cuprinde obiectul cu întreaga palmă și de a-l examina vizual și tactil, dar nu va întoarce obiectul dacă va fi rugat.
- C. La vârsta de 12 luni, copilul va întoarce obiectul dacă i se solicită, dar după această vârstă majoritatea obiectelor vor fi duse la gură de către el.
- D. De la vârsta de 9 luni, unii copii ar putea să mănânce în mod independent, folosind lingura, dar mai frecvent această deprindere se observă în jurul vârstei de 15 luni.

- E. De la vârsta de 9 luni, unii copii ar putea să mănânce în mod independent, folosind lingura, dar mai frecvent această deprindere se observă în jurul vârstei de 24 de luni.

Răspuns corect: ABCD

16. La ce vârstă apare mersul patruped și târârea de-a bușilea? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Poziția de patruped poate fi observată la unii copii înainte de achiziția de târâre (în jurul vârstei de 6-7 luni).
- B. Toți copiii trec, la început, prin etapa de târâre până deprind abilitatea de a se deplasa în poziția de patruped.
- C. Nu toți copiii trec prin etapa de târâre, dar pentru cei care o fac, această mișcare oferă prima posibilitate de locomoție în mediul lor, mișcare care poate fi repetată.
- D. Târâutul necesită capacitatea copilului de a face ajustări în poziția pe genunchi și pe mâini, cu suportul pe patru puncte de sprijin.
- E. La 7 luni, copilului îi place să descopere noi jucării în jur, unele dintre ele fiind obiecte de uz casnic. Copilul trece cu plăcere de la poziția așezat la cea de patruped.

Răspuns corect: ACDE

17. Cum evoluează abilitatea mersului patruped și târârea de-a bușilea la copilul cu dezvoltare tipică? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Odată cu dezvoltarea mersului patruped, copilul poate balansa înainte, înapoi și lateral. Balansarea necesită o stabilitate suficientă a trunchiului pentru a oferi libertate și mobilitate în regiunea scapulară.
- B. Balansarea, la început, este realizată prin mișcări cu o amplitudine mai mare și cu căderi, apoi prin mișcări mai mici, fără căderi. În plus, balansarea oferă stimulare vestibulară, proprioceptivă și kinestetică și fortificarea mușchilor umerilor și șoldurilor.
- C. Târârea începe la vârsta de 3 luni. Unii copii încep să se târască mai devreme.
- D. La vârsta de 8 luni, copilul poate să treacă cu ușurință de la poziția așezat la mersul patruped.
- E. Între vârsta de 7 și 8 luni, copilul se poate rostogoli, se poate târî, schimbând cu ușurință aceste acțiuni.

Răspuns corect: ABDE

18. Cum evoluează abilitatea mersului patruped și târârea de-a bușilea după vârsta de 9 luni la copilul cu dezvoltare tipică? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Către vârsta de 3 luni, copilul atinge un grad înalt al deprinderii de târâre, mișcărilor reciproce ale membrelor și rotirea trunchiului continuă să fie utilizate.
- B. Târârea este mijlocul primar de locomoție, iar copilul folosește această abilitate pentru a explora mediul înconjurător și pentru a obține și mișca jucăriile.
- C. La vârsta de 10 luni, târârea și cățărarea sunt principalele activități ale copilului. Aceste mișcări demonstrează și totodată dezvoltă capacitatea de coordonare dintre trunchi și extremități.

- D. Poziționarea în genunchi, fără sprijin extern, poate fi observată la vârsta de 10 luni.
- E. La vârsta de 10 luni, copilul poate să folosească cu ușurință poziția pe jumătate îngenunchiat și să se joace în această postură.

Răspuns corect: BCDE

19. Cum are loc dezvoltarea mersului și a capacității de a sta în picioare? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Unii autori raportează debutul poziției ortostatice de la vârsta de 7 luni. De regulă, copilul stă în picioare cu suport la vârsta de 6 luni și fără suport la vârsta de 7 luni.
- B. La vârsta de 10 luni, copilul poate sta în picioare susținându-se de mobilier și poate merge susținut de mâna adultului (deci, cu suportul doar al unei mâini).
- C. Prin explorarea continuă a mediului prin intermediul mișcărilor lente și de târâre apar și abilitățile motorii de mers și de stat în picioare.
- D. Debutul capacității de stat în picioare începe încă în jurul vârstei de 7 luni, cu suportul membrelor superioare.
- E. La vârsta de 11 luni, poziția în picioare fără sprijin este o nouă realizare pentru copil. Abilitatea apare, de obicei, automat, atunci când copiii sunt interesați de o jucărie pe care doresc să o dețină sau să o examineze prin mijlocirea ambelor mâini.

Răspuns corect: BCDE

20. Selectați afirmațiile corecte privind dezvoltarea mersului și a capacității de a sta în picioare (CM):

- A. Deoarece capacitatea de echilibru este slabă la debutul mersului pe jos, copilul încearcă să se miște repede și, de obicei, cade sau este prins în brațele părintelui.
- B. La vârsta de 12 luni, copilul poate coborî corpul (se poate așeza din poziția stat pe picioare) cu sau fără sprijin extern.
- C. Șederea pe picioare prezintă o nouă provocare posturală pentru copil, deoarece baza de suport este diferită.
- D. Majoritatea copiilor merg independent către sau la vârsta de 12 luni.
- E. Majoritatea copiilor merg independent către sau la vârsta de 18 luni.

Răspuns corect: ABCD

21. Care sunt caracteristicile mersului independent timpuriu și cum are loc dezvoltarea mersului după vârsta de 12 luni? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Mersul independent timpuriu are următoarele caracteristici: viteză mare, lungime scurtă a pasului, cadență înaltă, bază largă de sprijin, absența oscilării reciproce a brațelor.
- B. Către vârsta de 7-8 luni, copiii stau în picioare în mod independent.
- C. La 15 luni, copilul poate merge pe jos și poate ridica scările fiind ținut de mână.
- D. Mersul se dezvoltă ulterior, atingând caracteristicile mersului matur spre vârsta de 4-7 ani.

- E. După dezvoltarea abilității de a merge pe jos independent, copilul progresează către alte aptitudini, cum ar fi fuga, săriturile, aruncarea și prinderea obiectelor într-o progresie succesivă, de la aptitudini simple la aptitudini complexe, apoi la combinarea acestora.

Răspuns corect: ACDE

22. Care sunt caracteristicile mersului independent timpuriu și cum are loc dezvoltarea mersului după vârsta de 1 an? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Mersul independent timpuriu are următoarele caracteristici: viteză mare, lungime scurtă a pasului, cadență înaltă, bază largă de sprijin, absența oscilării reciproce a brațelor.
- B. Către vârsta de 13-14 luni, copiii stau în picioare în mod independent.
- C. La 10 luni, copilul poate merge pe jos și poate ridica scările fiind ținut de mână.
- D. Mersul se dezvoltă ulterior, atingând caracteristicile mersului matur spre vârsta de 10 ani.
- E. După achiziționarea abilității de a merge pe jos independent, copilul progresează către alte aptitudini, cum ar fi fuga, săriturile, aruncarea și prinderea obiectelor într-o progresie succesivă, de la aptitudini simple la aptitudini complexe, apoi la combinarea acestora.

Răspuns corect: ABE

23. Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*) vizează următoarele aspecte (CS):

- A. Competențele parentale ale părinților;
- B. Dezvoltarea motricității grosiere a copilului;
- C. Dezvoltarea multilaterală a copilului;
- D. Dezvoltarea motricității fine a copilului;
- E. Doar competențele de comunicare.

Răspuns corect: C

24. Care este scopul evaluării dezvoltării copilului? (CM):

- A. Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC își propune evidențierea deficiențelor copilului în scopul diminuării lor.
- B. Scopul evaluării dezvoltării copilului în cadrul ITC este identificarea cauzei tulburărilor de dezvoltare.
- C. Scopul evaluării dezvoltării copilului în cadrul ITC este stabilirea direcțiilor și duratei programului de abilitare.
- D. Scopul evaluării dezvoltării copilului este determinarea serviciilor de abilitare/terapie, educație, asistență medicală, socială, psihologică potrivite acestuia.
- E. Scopul evaluării dezvoltării copilului este cuantificarea progreselor obținute în recuperare și educație.

Răspuns corect: CDE

25. Care dintre tipurile de metode de evaluare a dezvoltării copilului sunt promovate ca cele mai bine-venite, conform ultimelor opinii ale savanților în domeniul ITC? (CS):

- A. Cele mai indicate metode de evaluare a dezvoltării copilului sunt metodele care permit compararea rezultatelor copilului evaluat cu un standard/normă; în acest caz se observă clar deficiențele dezvoltării.
- B. Cele mai apreciate sunt metodele standardizate de evaluare ce raportează abilitățile copilului la anumite criterii considerate importante în dezvoltarea individului.
- C. Actualmente, se promovează metodele de evaluare în contextul natural al copilului – evaluarea autentică.
- D. În prezent, specialiștii din domeniul ITC promovează evaluarea statică, în care se pune accent pe ceea ce poate face efectiv copilul, pe abilitățile lui la un moment dat și nu pe capacitatea sa de dezvoltare.
- E. Cele mai apreciate metode de evaluare sunt metodele de screening, deoarece, aplicându-le, specialiștii pot evalua un număr mare de copii într-un timp scurt.

Răspuns corect: C

26. Care sunt avantajele evaluării autentice? (CM)

- A. Evaluarea autentică raportată la individ reprezintă aplicarea formelor observaționale de evaluare care presupun creionarea unei imagini autentice a dezvoltării copilului.
- B. Evaluarea autentică are loc în mediul natural și în timpul rutinelor zilnice ale copilului.
- C. Evaluarea autentică presupune evaluarea în săli special amenajate, în cadrul Centrelor de intervenție timpurie, cu utilizarea unor echipamente standardizate.
- D. Evaluarea autentică permite captarea celor mai mici detalii și a celor mai subtile schimbări în funcționalitatea copilului.
- E. Evaluarea autentică presupune că testele de evaluare sunt foarte rigide, cu elemente standard ce compară abilitățile copilului evaluat cu norma (copilul fără dizabilitate).

Răspuns corect: ABD

27. Care este vârsta recomandată pentru aplicarea testului de screening M-CHAT? (CS)

- A. De la naștere până la 3 ani;
- B. În perioada 2-10 ani;
- C. În perioada 18-24 de luni;
- D. Testul poate fi aplicat la orice vârstă;
- E. În primul an de viață.

Răspuns corect: C

28. Care dintre afirmațiile privind factorii parentali și factorii de mediu în dezvoltarea copilului sunt corecte? (CM)

- A. Familia deține rolul cel mai important în educația copilului.

- B. Unul din principiile fundamentale ale ITC stipulează rolul primordial al anturajului și familiei în dezvoltarea copilului.
- C. Acest principiu presupune instruirea părinților, implicarea lor în procesul de abilitare a copilului cu dificultăți de dezvoltare.
- D. Cunoașterea și aplicarea celor mai eficiente metode de fortificare a capacităților părintești devine foarte importantă pentru specialiștii implicați în ITC.
- E. Nivelul dezvoltării intelectuale și a tuturor proceselor cognitive etc. depinde, în cea mai mare măsură, de serviciile acordate în instituțiile prestatoare de servicii de ITC.

Răspuns corect: ABCD

29. Testul M-CHAT este un test obligatoriu pentru copiii de 18-24 de luni în Republica Moldova? (CS)

- A. Testul se aplică doar în caz de suspiciune clară de autism.
- B. Testul este opțional; se efectuează în cazul depistării de reținere în dezvoltare.
- C. Standardele actuale de supraveghere a copiilor în condiții de ambulator includ obligativitatea efectuării screening-ului pentru evaluarea riscului de autism la copiii de 18-24 de luni.
- D. Până în anul 2013, conform Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu, testul M-CHAT era obligatoriu, actualmente fiind unul opțional.
- E. Screening-ul pentru evaluarea riscului de autism copiii de 18-24 de luni este un test obligatoriu.

Răspuns corect: CE

30. Pentru care categorii nosologice este aplicată evaluarea funcției grosiere – testul de evaluare GMFM? (CM)

- A. Sindrom Down;
- B. Distrofii musculare;
- C. Paralizie cerebrală;
- D. Artrogripoză;
- E. Spina bifida.

Răspuns corect: AC

31. Care sunt ariile dezvoltării ce pot fi măsurate aplicând Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*)? (CM)

- A. Funcțiile cognitive;
- B. Abilitățile motorii;
- C. Abilitățile socio-emoționale;
- D. Abilitățile adaptativ-comportamentale;
- E. Abilitățile de comunicare.

Răspuns corect: ABCD

32. Pentru care categorii de vârstă se aplică Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*)? (CS)

- A. Copiii în primele luni de viață;
- B. Copiii în primul an de viață;
- C. Copiii în primele 24 de luni;
- D. Copiii în primele 36 de luni;
- E. Copiii de vârstă sub 72 de luni.

Răspuns corect: E

33. Selectați care aspecte vizează testul de evaluare a interacțiunii părinte-copil (Evaluarea Interacțiunilor Părinților cu Copiii / *Checklist of Observations Linked to Outcomes, PICCO-LO*): (CS)

- A. Dezvoltarea motricității grosiere la copil;
- B. Dezvoltarea motricității fine la copil;
- C. Interacțiunea părinte-copil;
- D. Dezvoltarea multilaterală a copilului;
- E. Inteligența copilului.

Răspuns corect: C

34. Evaluarea mediului de dezvoltare a copilului presupune evaluarea următoarelor aspecte (CM):

- A. Responsivitate;
- B. Acceptanță;
- C. Prezența materialelor educaționale pentru copil;
- D. Implicarea părinților în activitatea/jocul copilului;
- E. Nivelul venitului financiar.

Răspuns corect: ABCD

35. Care dintre metodele enumerate măsoară inteligența copilului? (CS)

- A. Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*);
- B. Aplicarea testului standardizat de evaluare a mediului (*The Home Observation for Measurement of the Environment Infant/Toddler, HOME*);
- C. Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT)
- D. Teste de apreciere a IQ (Scalele Bayley pentru evaluarea dezvoltării copilului. Test de evaluare a inteligenței – SON-R);
- E. Testul de screening pentru autism M-CHAT.

Răspuns corect: D

36. La ce vârstă putem evalua abilitățile de comunicare a copilului? (CS)

- A. Din primele luni de viață;
- B. Din momentul când apar primele cuvinte;
- C. Doar începând cu vârsta de 12 luni;
- D. Doar de la vârsta de 3 ani;
- E. Doar de la vârsta de 4 ani.

Răspuns corect: A**37. La ce ne pot servi rezultatele evaluărilor copilului? (CM)**

- A. Pentru elaborarea Planului Individual de Suport al Familiei (PISF);
- B. Pentru monitorizarea progreselor în dezvoltare;
- C. Pentru evaluarea eficienței programului de abilitare;
- D. Pentru a documenta gradul de autonomie a copilului;
- E. Pentru a estima volumul asistenței acordate copilului.

Răspuns corect: ABCD**38. Selectați afirmațiile corecte cu referire la dizabilitatea intelectuală (CM):**

- A. Termenul de „dizabilitate intelectuală” (DI) a înlocuit termenul de retard mintal și se referă la un grup de afecțiuni caracterizate prin tulburări semnificative ale funcțiilor intelectuale și ale capacităților de adaptare cu un debut în perioada copilăriei.
- B. Termenul „retard mintal” este sinonim cu termenul „dizabilitate intelectuală” și nu trebuie evitat.
- C. Termenul de „retard mintal” trebuie evitat din motivul potențialului stigmatizant și orientării pe deficiență, nu pe capacitățile prezente, limitarea persoanei.
- D. Termenul de „dizabilitate intelectuală” este orientat preferențial pe excepționalitatea funcției cognitive.
- E. Termenul de „dizabilitate intelectuală” este orientat preferențial pe carența cognitivă.

Răspuns corect: ACD**39. Ce forme de dizabilitate intelectuală există și care sunt criteriile de diagnostic? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. O cotă de inteligență (IQ) de 50-55 până la 70 presupune o formă ușoară a DI;
- B. O cotă de inteligență de 55-50 până la 35-40 presupune o formă moderată a DI;
- C. O cotă de inteligență de 35-40 până la 20-25 presupune o formă severă a DI;
- D. O cotă de inteligență de 20-25 și mai puțin presupune o formă de DI profundă;
- E. Se mai distinge forma de „dizabilitate de severitate nespecificată”, în cazul când copilului nu i se poate aplica niciun test de evaluare a IQ, dar sunt prezente semne certe de dizabilitate intelectuală.

Răspuns corect: ABCD

40. Selectați afirmațiile corecte cu referire la funcțiile de adaptare (CM):

- A. O submedie semnificativă a funcțiilor de adaptare presupune un grad de tulburare cognitivă care afectează funcțiile necesare pentru viața de zi cu zi.
- B. Criteriile de stabilire a gradului de limitare a funcției de adaptare sunt identice.
- C. O tulburare semnificativă a funcției de adaptare se consideră în cazul afectării a 2 din 10 domenii: comunicare, autoîngrijire, viață independentă, abilități sociale și interpersonale, utilizarea resurselor comunitare, autodirecționare, însușita academică, activitatea, odihna, sănătatea și securitatea.
- D. O tulburare semnificativă a funcției de adaptare se consideră prezentă în cazul afectării unui domeniu din cele trei domenii largi de abilități/dexterități: domeniul conceptual, social sau practic.
- E. Copilul cu sindromul Asperger, cu un IQ de peste 100, copilul cu sindrom de deficit de atenție/tulburări de hiperactivitate sau chiar copilul cu o dezvoltare intelectuală tipică ar putea avea probleme de adaptare.

Răspuns corect: ACDE**41. Ce abilități include domeniul social? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. Prezența relațiilor interpersonale;
- B. Abilități de autoestimare;
- C. Credulitate;
- D. Naivitate/nevinovăție;
- E. Abilități de respectare a regulilor.

Răspuns corect: ABCD**42. Ce abilități include domeniul practic? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. Abilități de viață (îmbrăcare, alimentare, toaletă și baie, mobilitate);
- B. Abilități de instrumentare (întreținerea casei, capacități de folosire a banilor, administrarea medicamentelor, cumpărare, pregătirea mâncării, folosirea telefonului etc.);
- C. Deprinderi ocupaționale;
- D. Deprinderi de menținere a securității mediului;
- E. Rezultatele însușitei academice în perioada de dezvoltare.

Răspuns corect: ABCD**43. Cu care din afirmațiile de mai jos, legate de dizabilitatea intelectuală, sunteți de acord? (CM)**

- A. Majoritatea copiilor cu dizabilități intelectuale au forme ușoare de afectare (cca 85% dintre toți copiii cu DI).
- B. Unii copii au semne de DI, dar nu manifestă semne de dezadaptare comportamentală.
- C. La cca 20% din persoanele cu DI severe nu se identifică nicio schimbare morfologică la nivelul creierului.

- D. La majoritatea persoanelor cu DI severe se identifică schimbări morfologice semnificative la nivelul creierului.
- E. La majoritatea persoanelor cu DI nu se atestă schimbări la nivelul creierului.

Răspuns corect: ABCE

44. Ce semne clinice specifice sugestive există pentru dizabilitatea intelectuală? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. De regulă, nu există semne specifice timpurii pentru dizabilitățile intelectuale.
- B. Există o multitudine de semne specifice sugestive pentru DI chiar din primele zile de viață.
- C. Există unele repere care ar facilita diagnosticul timpuriu al DI.
- D. Printre semnele specifice sugestive pentru DI se enumeră prezența dismorfismului, microcefalia, unele semne de tulburări de dezvoltare, sindromul convulsiv, hipotonia sau hipertonia musculară, unele dificultăți de alimentație.
- E. Între vârsta de 6 luni și 18 luni, cele mai relevante semne pentru apariția unei dizabilități pot fi cele legate de achizițiile motorii (copilul nu șade, nu se poate târî, nu stă în picioare, nu merge).

Răspuns corect: ACE

Denumirea cursului: TULBURAREA DE SPECTRU AUTIST. INTERVENȚIE TIMPURIETipul cursului: **Perfecționare pentru competență în activitate**

Numărul total de ore – 35 de ore/5 zile

I. Scopul cursului

Dezvoltarea în rândul profesioniștilor din echipele interdisciplinare ale Centrelor de Intervenție Timpurie a abilităților de recunoaștere a semnelor clinice ale tulburării de spectru autist (TSA) la copii de vârstă fragedă, abilitați de aplicare a testelor de screening pentru autism.

II. Obiectivele de formare în cadrul cursului

- *La nivel de cunoaștere și înțelegere:*
 - să cunoască viziunile actuale despre etiologia și patogenia TSA;
 - să cunoască criteriile de stabilire a diagnosticului, a metodelor de evaluare a copilului cu TSA;
 - să cunoască resursele de abilitare specifice, accesibile în Moldova pentru copiii cu TSA.
- *La nivel de aplicare:*
 - să posede abilitatea de a aplica testul de screening pentru autism M-CHAT și de a interpreta rezultatele;
 - să poată utiliza criteriile DSM-5 în diagnosticarea TSA, inclusiv să le comunice părinților/îngrijitorilor;
 - să poată utiliza rezultatele testelor de evaluare în planificarea programelor de abilitare a copiilor cu dizabilitate cauzată de TSA, în funcție de resursele existente în țară.

III. Conținutul de bază al cursuluiA. *Tematici de curs teoretic:*

Nr. d/0	Tema	Ore
1.	Autismul – tulburarea de dezvoltare neurologică. Mituri și adevăruri despre etiologia și factorii de risc.	2
2.	Tulburarea de Spectru Autist. Identificare timpurie. Instrumente de evaluare și diagnostic al TSA.	2
3.	Manifestările clinice ale TSA și neurobiologia autismului.	3
4.	Autism: manifestări coexistente. Diagnostic diferențiat și management integrat.	2
5.	Abordări terapeutice în TSA. Programe terapeutice bazate pe dovezi.	3
6.	Programe parentale în abilitarea copiilor cu TSA – suport în incluziunea socială.	2

B. *Activități/lucrări practice:*

Nr.	Tema	Ore
1.	Tulburarea de spectru autist. Criterii de diagnostic. Diagnostic diferențiat. Studii de caz.	3

2.	Determinarea riscului TSA. Aplicarea testelor de screening pentru autism. Interpretarea rezultatelor. Recunoașterea semnelor de alarmă. Managementul copilului cu risc înalt, mediu sau scăzut pentru autism. Studii de caz.	3
3.	Aplicarea clinică a criteriilor de diagnostic al autismului în baza Manualului de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5).	3
4.	Aplicarea standardului de aur în diagnosticul autismului – Programul de observație pentru diagnosticul autismului – Testul ADOS – 2 (<i>Autistic diagnostic observation schedule</i>). Studiu de caz.	3
5.	Evaluarea interdisciplinară complexă a copilului cu TSA. Evaluarea nivelului de dezvoltare intelectuală, de comunicare și limbaj, de dezvoltare socială, de dezvoltare motorie. Aplicarea scalelor standard.	3
6.	Diagnosticul diferențiat și managementul manifestărilor coexistente în TSA. Studii de caz.	3
7.	Principiile și tehnica de aplicare a terapiei comportamentale. Terapia comportamentală ABA. Introducere în Modelul Denver de start timpuriu (<i>Early Start Denver model – ESMD</i>). Workshop.	3
8.	Programe parentale în abilitarea copiilor cu TSA. Aplicarea metodelor alternative de comunicare. Suport parental și profesionist pentru incluziunea socială a copilului cu autism.	3

PLANUL TEMATIC DE STUDII AL MEDICILOR LA CURSUL: „TULBURAREA DE SPECTRU AUTIST. INTERVENȚIE TIMPURIE”

(PT – pediatri, neuropediatri, psihologi, psiho-pedagogi; durata – 5 zile/35 de ore)

Nr. crt.	Denumirea temei	Ore/ prelegeri	Ore / lucrări practice	Ore/ Total
1.	Autismul – tulburarea de dezvoltare neurologică. Mituri și adevăruri despre etiologia și factorii de risc.	2		2
2.	Tulburarea de Spectru Autist. Identificare timpurie. Instrumente de evaluare și diagnostic al TSA.	2	6	8
3.	Manifestările clinice ale TSA și neurobiologia autismului.	3	6	9
4.	Autism: manifestări coexistente. Diagnostic diferențiat și management integrat.	2	3	5
5.	Abordări terapeutice în TSA. Programe terapeutice bazate pe dovezi.	3	3	8
6.	Programe parentale în abilitarea copiilor cu TSA – suport în incluziunea socială.	2	3	5
Total:		14	21	35

Program analitic

Nr. d/o	Conținutul detaliat al cursului
1	Autismul – tulburarea de dezvoltare neurologică. Mituri și adevăruri despre etiologie și factorii de risc Noțiuni generale. Evoluția noțiunilor și criteriilor de diagnostic. Incidență și epidemiologie. Factori de risc. Corelații genetice în TSA. Mituri și adevăruri despre etiologie și factorii de risc. Vaccinarea și riscul TSA. Criterii de diagnostic timpuriu.
2	Tulburarea de Spectru Autist. Identificare timpurie. Instrumente de evaluare și diagnostic al TSA Tulburarea de Spectru Autist. Semne de alarmă și identificare timpurie. Screening-ul TSA (M-CHAT). Managementul copilului cu risc înalt, mediu sau scăzut de autism. Vârsta de diagnosticare. Semne de alarmă. Evaluarea riscului prin aplicarea testului de screening pentru autism M-CHAT. Interpretarea rezultatelor. Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5). Programul de observație pentru diagnosticul autismului – Testul ADOS-2 (<i>Autistic diagnostic observation schedule</i>). Instrumente de diagnostic al TSA. Evaluarea interdisciplinară complexă a copilului cu TSA. Evaluarea nivelului de dezvoltare intelectuală, de comunicare și limbaj, de dezvoltare socială, de dezvoltare motorie. Interviu clinic cu părinții. Aplicarea scalelor de dezvoltare. Teste de diagnosticare în autism.
3	Manifestările clinice ale TSA și neurobiologia autismului Deteriorare în comunicarea socială și interacțiunea socială la copiii cu autism. Interese și activități restrictive și repetitive (stereotipe) în TSA. Profilul comportamental al copilului cu TSA.

4	Autism: manifestări coexistente. Diagnostic diferențiat și management integrat Cele mai frecvente sindroame genetice asociate cu TSA. Sindroamele X-Fragil, PraderWilli, Down, Rett, Scleroza tuberoasă ș.a. Clinica, semne de diferențiere. Abordări specifice.
5	Autism: manifestări coexistente. Diagnostic diferențiat și management integrat Cele mai frecvente sindroame genetice asociate cu TSA. Clinica, diagnosticul genetic. Diagnostic diferențiat. Tulburări de somn. Tulburări de nutriție și afecțiuni gastrointestinale. Tulburări de sănătate mentală: depresie, anxietate ș.a. Epilepsie.
6	Abordări terapeutice în TSA. Programe terapeutice bazate pe dovezi Terapia comportamentală ABA. Introducere în Modelul Denver de start timpuriu (<i>Early Start Denver model – ESMD</i>). Principii și tehnica de aplicare a terapiei comportamentale. Metode alternative de comunicare. Indicații pentru tratamentul farmacologic.
7	Programe parentale în abilitarea copiilor cu TSA – suport în incluziunea socială Traiectorii și pronosticul dezvoltării copilului cu TSA. Predictoarele bunelor rezultate. Implicarea părinților și profesioniștilor în dezvoltarea socială a copilului cu autism. Programe pentru părinți. Probleme de incluziune socială. Programe parentale în abilitarea copiilor cu TSA. Aplicarea metodelor alternative de comunicare. Suport parental și profesionist pentru incluziunea socială a copilului cu autism.

SUBIECTE / ÎNTREBĂRI PENTRU EVALUAREA CUNOȘTIȚELOR

1. Ce reprezintă TSA?
2. Care este cauza TSA prin prisma cercetărilor de ultimă oră?
3. Care este prevalența TSA?
4. Ce factori de mediu pot contribui la dezvoltarea TSA?
5. Care este rolul vaccinurilor în dezvoltarea TSA?
6. Ținând cont de corelațiile genetice în TSA, care este riscul ca într-o familie cu un copil cu autism să se mai nască un alt copil cu aceeași tulburare?
7. Care este vârsta recomandată pentru aplicarea testului de screening M-CHAT?
8. Care sunt pașii de management atunci când testul M-CHAT indică un risc înalt de autism?
9. Care sunt pașii de management atunci când testul M-CHAT indică un risc scăzut de autism?
10. Semnele de alarmă pentru diagnosticul de TSA la copii în primele luni de viață.
11. Criteriile clinice de bază pentru diagnosticul autismului.
12. Care examene de laborator și instrumentale au pondere diagnostică în TSA?
13. Instrumentele de diagnostic al TSA.
14. Ce semnificație aplicativă are Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5) referitor la copiii cu TSA?
15. Care sunt deficiențele în comunicare caracteristice copiilor cu autism?
16. Care sunt deficiențele în interacțiunea socială, caracteristice copiilor cu autism?
17. Ce activități restrictive și repetitive (stereotipe) pot manifesta copiii cu TSA?
18. Ce caracteristici are profilul comportamental al copilului cu TSA?
19. Ce particularități de intelect pot avea copiii cu autism?
20. Creșterea excesivă a creierului în primii ani de viață poate fi considerată un marker biologic al TSA?
21. De ce fetele sunt mai rar afectate de TSA?
22. Care sunt stările asociate mai frecvent autismului?
23. Unii copii cu autism își astupă urechile când aud sunete puternice sau devin iritați, au comportamente atipice. Are copilul cu autism anumite particularități de auz?
24. Ce presupune Intervenția Timpurie în Copilărie pentru TSA?
25. Ce activități din cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie ar putea spori abilitățile unui copil cu autism?

26. Ce patologii vor fi mai frecvente în lista pentru diagnostic diferențiat în caz de suspectare de autism?
27. Care sunt cele mai frecvente sindroame genetice asociate cu TSA?
28. Ce tulburări somatice pot fi coexistente în TSA?
29. Ce grupuri de medicamente sunt utilizate argumentat în TSA?
30. Ce tipuri de restricții dietetice sunt eficiente în TSA?
31. Care sunt abordările terapeutice în TSA?
32. Care este intensitatea și durata programelor terapeutice în TSA?
33. Care sunt principiile de bază ale programelor terapeutice în TSA?
34. Ce este o metodă alternativă de comunicare?
35. Când aplicăm metodele alternative de comunicare cu copiii cu TSA?
36. Care sunt predicțiile bunelor rezultate în abilitarea copiilor cu TSA?
37. Care este rolul părinților în abilitarea copiilor cu TSA?
38. Ce tipuri de instituții preșcolare și școlare sunt recomandate pentru frecventare în cazul copiilor cu autism?
39. Ce metode de evaluare a inteligenței, abilităților de comunicare și limbaj pot fi utilizate în cazul copiilor cu TSA?
40. Ce specialiști pot aplica terapia comportamentală unui copil cu TSA?

Deprinderile practice:

- aplicarea testului de screening M-CHAT;
- interpretarea rezultatelor testului M-CHAT;
- aplicarea pașilor de management al copiilor cu risc de TSA și cu diagnostic stabilit.

TESTE DE CONTROL

1. Selectați afirmația corectă care răspunde la întrebarea „Ce este autismul?” (CS)

- A. Un grup de tulburări de dezvoltare neurologică, caracterizat prin deficiența interacțiunii sociale și comunicării, precum și prin prezența comportamentelor restrictive și repetitive.
- B. O boală psihică cu grad diferit de afectare a intelectului.
- C. O tulburare emoțională la copii, legată de insuficiența afecțiunii parentale.
- D. Un grup de dereglări de comportament dobândite de către copil, apărute după vârsta de 3 ani.
- E. Autismul este o stare tranzitorie de reținere în dezvoltarea socială și de comunicare la copii.

Răspuns corect: A

2. Indicați cauzele tulburării de spectru autist (CM):

- A. Există dovezi ce demonstrează influența nocivă a vaccinurilor drept cauza de bază a apariției autismului.
- B. A fost descoperită o legătură a autismului cu factorii alimentari, în special deficiența de vitamine.
- C. În etiologia autismului, factorii ereditari și cei de mediu au un rol incontestabil, dar interacțiunile dintre aceștia nu sunt clare.
- D. Vârsta reproductivă avansată, atât cea maternă, cât și, în special, cea paternă constituie un factor consistent de risc.
- E. Factori corelați cu noile tehnologii informaționale (expunerea la radiație, câmpuri electromagnetice).

Răspuns corect: CDE

3. Indicați prevalența mai mare în populație a TSA, conform surselor bibliografice din domeniu (CM):

- A. 4-5 : 10 000;
- B. 40-100 : 10 000;
- C. Acest indice nu se cunoaște;
- D. Prevalența la băieți este de 5 ori mai mare decât la fete;
- E. Fiecare al doilea copil prezintă risc de autism.

Răspuns corect: BD

4. Indicați vârsta recomandată pentru aplicarea testului de screening M-CHAT (CS):

- A. 0-3 ani;
- B. 3-5 ani;
- C. Primele 6 luni de viață;
- D. 6-12 luni;
- E. 18-24 de luni.

Răspuns corect: E**5. Indicați pașii de management corect în cazul în care testul M-CHAT indică risc de autism (CM):**

- A. Orice copil care eșuează la M-CHAT trebuie retestat aproximativ după o lună. Ca și orice instrument de screening, o a doua aplicare a M-CHAT-ului este recomandată pentru a se asigura că nu este vorba doar de o ușoară întârziere în dezvoltare.
- B. Copilul care eșuează la M-CHAT pentru a doua oară trebuie să fie trimis la o clinică de specialitate pentru diagnostic, deoarece M-CHAT-ul nu este un instrument de diagnosticare a autismului.
- C. Copilul care eșuează la M-CHAT este referit pentru spitalizare în departamente pediatrie, neuro-pediatrie sau psihiatrie, pentru investigații complexe, necesare pentru stabilirea diagnosticului final.
- D. Copilul care eșuează la M-CHAT este referit pentru aplicarea terapiei comportamentale (de ex., ABA) la centrele specializate în domeniu.
- E. Copilul care eșuează la M-CHAT este testat repetat nu mai devreme de un an de la prima testare.

Răspuns corect: AB**6. Selectați afirmația corectă privind prevederile referitoare la aplicarea testului M-CHAT, în vigoare pentru Republica Moldova (CS):**

- A. Testul M-CHAT se aplică doar în caz de suspiciune clară de autism.
- B. Testul M-CHAT este opțional, aplicat doar în cazurile de reținere în dezvoltare.
- C. Conform standardelor actuale de supraveghere a copiilor în condiții de ambulator, screening-ul M-CHAT pentru evaluarea riscului de autism la copiii de 18-24 de luni este un test obligatoriu.
- D. Până în anul 2013, conform Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulator, testul M-CHAT era obligatoriu, actualmente fiind opțional.
- E. Screening-ul M-CHAT pentru evaluarea riscului de autism la copiii de 18-24 de luni este un test obligatoriu.

Răspuns corect: C**7. Indicați care sunt semne de alarmă pentru diagnosticul tulburării de spectru autist la copii din primele luni de viață (CM):**

- A. Lipsa zâmbetului social la copilul de 1-3 luni.
- B. Copiii de 8-10 luni cu autism nu răspund sau răspund mai greu la chemarea pe nume, necesitând multiple atenționări sau atingeri fizice.

- C. Îngrijorările privind problemele de auz sunt deseori primele semnale de alarmă pentru părinți, indicând o potențială problemă.
- D. La vârsta de 8-10 luni, copilul nu urmărește privirea altei persoane, iar la 10-12 luni nu urmărește direcția degetului arătător când se indică ceva (lipsește atenția conjugată).
- E. De regulă, gânguritul bilabial (ba-ba-ba, ma-ma-ma) apare la vârsta de 6-7 luni. La 8-10 luni, apare gânguritul alternativ, cu angajarea verbală a adultului, iar la 10-12 luni, apar primele cuvinte. În cazul copilului cu autism aceste abilități lipsesc sau întârzie să apară.

Răspuns corect: ABCD

8. Indicați care sunt criteriile clinice de bază, utilizate pentru diagnosticul autismului (CM):

- A. Deficiențe persistente în comunicarea socială și interacțiunea socială;
- B. Deficiențe în reciprocitatea socio-emoțională;
- C. Tulburări în comportamentul comunicativ non-verbal folosit în interacțiunea socială;
- D. Deficiențe în stabilirea, menținerea și înțelegerea relațiilor interpersonale;
- E. Comportament, interese și/ori activități restrânse, repetitive.

Răspuns corect: ABCD

9. Indicați care examen de laborator/instrumental are pondere diagnostică în TSA (CS):

- A. Aprecierea cariotipului;
- B. Aprecierea nivelului aminoacizilor în sânge;
- C. Rezonanța magnetică cerebrală;
- D. Cercetările genetice ce reflectă mutații frecvent întâlnite în TSA;
- E. Electroencefalografia.

Răspuns corect: D

10. Indicați care sunt instrumentele de diagnostic al TSA (CM):

- A. Programul de observație pentru diagnosticul autismului – Testul ADOS-2;
- B. Testul de screening pentru autism M-CHAT;
- C. Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5);
- D. Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*);
- E. Testul de Evaluare Pediatrică a Dizabilității (*Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI-CAT*).

Răspuns corect: AC

11. Indicați dificultățile persistente în comunicarea socială și interacțiunea socială prezente la copii cu autism (CM):

- A. Dificultăți în reciprocitatea socio-emoțională;
- B. Dificultăți în comportamentul comunicativ non-verbal, folosit în interacțiunea socială;

- C. Deteriorarea calității pronunțării cuvintelor după vârsta de 3 ani;
- D. Dificultăți în stabilirea, menținerea și înțelegerea relațiilor interpersonale;
- E. Dificultăți în susținerea conversației, chiar dacă posedă un vocabular bogat.

Răspuns corect: ABDE

12. Indicați ce activități restrictive și repetitive (stereotipice) poate efectua copilul cu TSA (CM):

- A. Efectuează mișcări repetitive, stereotipice (flutură mâinile, își leagă corpul, merge pe vârfurile degetelor, se rotește).
- B. Poate să stea ore în șir aranjând jucăriile, obiectele într-un rând, în loc să se joace cu ele în mod imaginativ.
- C. Are o imaginație bogată, utilizează obiecte imaginare în joc (de ex., utilizează diferite obiecte pe post de telefon mobil, toarnă ceai din ceainicul fără lichid, bea din cănuța goală).
- D. Reacționează neobișnuit la durere/căldură/frig, anumite sunete, texturi, atingere.
- E. Îi plac nespuse de mult schimbările în rutina zilnică, acceptă cu bucurie tot ce este nou (alimente, haine, schimbarea locului de somn etc.).

Răspuns corect: ABD

13. Selectați în care dintre enunțuri este scos în evidență profilul comportamental al copilului cu TSA (CM):

- A. Preferă să fie frecvent mângâiat, îmbrățișat, sărutat din inițiativa celor ce îl îngrijesc.
- B. Refuză să fie îmbrățișat sau sărutat dacă inițiativa aparține altcuiva.
- C. Iubește mult compania semenilor săi, se implică activ în joc.
- D. Recurge rar la contact vizual sau nu stabilește deloc contact vizual cu alte persoane.
- E. Indică la nesfârșit cu degetul arătător obiectele pe care și le dorește, dar nu spune ce vrea anume.

Răspuns corect: BDE

14. Selectați afirmația corectă privind particularitățile de intelect la copiii cu autism (CS):

- A. Toți copiii cu autism au intelectul păstrat, însă dificultățile de comunicare maschează acest aspect.
- B. Dizabilitatea intelectuală este prezentă la circa 45% din copiii cu autism.
- C. Copiii cu autism sunt geniali, dar nu pot arăta aceasta.
- D. Dizabilitatea intelectuală este prezentă la 100% dintre copiii cu autism.
- E. Majoritatea copiilor cu autism au o dizabilitate intelectuală accentuată.

Răspuns corect: B

15. Care sunt particularitățile clinice ale TSA la băieți și fete? (CM)

- A. La fete se observă tulburări motorii și mișcări repetitive mai ușoare.
- B. La fete dereglările emoționale sunt adesea mai severe.

- C. Nu există diferențe clinice legate de gen.
- D. La băieți dereglările emoționale sunt adesea mai severe.
- E. La băieți se observă tulburări motorii și mișcări repetitive mai ușoare.

Răspuns corect: AB

16. Selectați afirmația corectă privind raportul dintre perimetrul cranian (PC) și TSA (CM):

- A. Nu există nicio legătură între acești indicatori.
- B. Creșterea rapidă a PC în perioadele timpurii de vârstă poate fi un semn de alertă timpurie privind TSA.
- C. PC mic la naștere, dar mai mare decât cel tipic între 12 și 24 de luni poate fi asociat cu o formă severă de TSA.
- D. PC mic la naștere al copilului cu tulburări de dezvoltare, este mai frecvent asociat cu dereglări de limbaj în perioadele copilăriei timpurii.
- E. PC mare – preferențial, cu comportamente repetitive.

Răspuns corect: BCDE

17. Indicați ce tulburări/patologii pot fi coexistente cu TSA (CM):

- A. Prevalența înaltă a epilepsiei (8%-30%);
- B. Dereglări gastro-intestinale: diaree/constipație/dureri abdominale (9-70%);
- C. Dereglări de somn: treziri nocturne, dificultăți de adormire;
- D. Leucemie (în 20-30% din cazuri);
- E. Infecții repetate severe.

Răspuns corect: ABC

18. Selectați afirmația corectă referitoare la particularitățile de auz ale copilului cu autism (CS):

- A. Tulburările de auz sunt prezente în 50% din cazuri de TSA.
- B. Copilul cu TSA poate fi hiper-reactiv la stimuli senzoriali, ceea ce îl face să reacționeze exagerat la sunete.
- C. Copilul cu autism are cefalee în momentul expunerii la sunete puternice.
- D. Copilul își astupă urechile doar pentru că acest tip de mișcare este stereotipic.
- E. Majoritatea copiilor cu autism suferă de hipoacuzie; ei aud doar sunetele puternice, sunete care îi irită.

Răspuns corect: B

19. Indicați ce presupune intervenția timpurie în copilărie pentru tulburarea de spectru autist (CM):

- A. Screening timpuriu, delimitarea grupului de risc;

- B. Diagnosticare timpurie pentru referire cât mai precoce către servicii specializate;
- C. Referirea cât mai timpurie către instituțiile preșcolare și școala generală, pentru un contact cât mai strâns al copilului cu copiii sănătoși;
- D. Aplicarea cât mai timpurie a programelor de terapie comportamentală;
- E. Aplicarea cât mai timpurie a kinetoterapiei și ergoterapiei.

Răspuns corect: ABD

20. Indicați la ce patologii se va face diagnostic diferențiat în caz de suspiciune de autism (CM):

- A. Hidrocefalie;
- B. Microcefalie;
- C. Sindromul X Fragil;
- D. Sindromul Rett;
- E. Scleroză tuberoasă.

Răspuns corect: CDE

21. Indicați care sunt predictoarele bunelor rezultate la copii cu TSA (CM):

- A. Diagnosticul cât mai timpuriu;
- B. Lipsa tulburărilor cognitive;
- C. Prezența timpurie a abilităților verbale și nonverbale;
- D. Prezența abilităților sociale;
- E. Începutul timpuriu al medicației cu anxiolitice.

Răspuns corect: ABCD

22. Selectați obiectivele corecte ale tratamentului copiilor cu autism (CM):

- A. Minimalizarea simptomelor de bază ale autismului;
- B. Dispariția semnelor de autism;
- C. Facilitarea dezvoltării și învățării;
- D. Reducerea comportamentelor maladaptative;
- E. Educația și suportul familiei.

Răspuns corect: ACDE

23. Indicați care este intensitatea optimă a programului terapeutic la copii cu TSA (CS):

- A. O dată pe săptămână, 3 luni la rând;
- B. Cure a câte 14 zile, de minim 4 ori pe ani, 3 ani la rând;
- C. 20-40 de ore pe săptămână (4-8 ore pe zi), durata 1-4 ani;

- D. Zilnic câte 12 ore, timp de 1 an;
- E. Zilnic, o ședință de 2 ore, 5 ani la rând.

Răspuns corect: C

24. Indicați care specialist poate aplica terapia comportamentală unui copil cu TSA (CS):

- A. Psihiatrul care posedă metode psihoterapeutice;
- B. Psihologul care posedă metode psihoterapeutice;
- C. Specialistul certificat în aplicarea terapiei comportamentale;
- D. Pedagogul cu experiență în abilitarea copiilor cu nevoi speciale;
- E. Doar părinții copilului.

Răspuns corect: C

25. Selectați afirmația corectă privind sistemul de comunicare prin schimb de imagini (*picture exchange communication system – PECS*) (CS):

- A. Este o metodă de instruire a specialiștilor în aplicarea terapiei comportamentale.
- B. Este o metodă alternativă de comunicare.
- C. Este o metodă de învățare a copilului cu TSA să scrie.
- D. Este o metodă de învățare a copilului cu TSA să scrie și să citească.
- E. Este o metodă de remunerare a copilului pentru un comportament adecvat.

Răspuns corect: B

26. Indicați care grupuri de medicamente sunt utilizate argumentat în TSA (CM):

- A. Medicamente antipsihotice (respirodone);
- B. Suplimente alimentare cu aminoacizi;
- C. Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei;
- D. Anticonvulsivante, indiferent de prezența semnelor clinice ale epilepsiei;
- E. Anticonvulsivante, în cazuri asociate cu epilepsia.

Răspuns corect: AC

27. Selectați întrebările care, în opinia Dvs., fac parte din testul de screening pentru autism (CM):

- A. Cât de frecvent se trezește copilul Dvs. pe parcursul nopții?
- B. Simulează vreodată copilul că pregătește o cană de ceai, de exemplu folosind o cană – jucărie și un ceainic sau se joacă "de-a ceva"?
- C. Își folosește vreodată copilul degetul arătător ca să indice un obiect pentru a-l cere?
- D. Copilul se poate juca adecvat cu jucării mici (ex.: mașinuțe sau cuburi), fără doar a le trece prin gură sau a le arunca pe jos?

E. Este copilul Dvs. agresiv cu semenii lui?

Răspuns corect: BCD

28. Indicați situația în care aplicăm metodele alternative de comunicare cu copiii cu TSA (CS):

- A. Metodele alternative de comunicare sunt aplicate tuturor copiilor cu autism.
- B. Metodele alternative de comunicare sunt aplicate doar copiilor de vârstă școlară.
- C. Metodele alternative de comunicare sunt aplicate copiilor cu autism non-verbal.
- D. Metodele alternative de comunicare sunt aplicate doar copiilor care posedă limbaj.
- E. Metodele alternative de comunicare sunt aplicate copiilor cu autism de vârstă preșcolară.

Răspuns corect: C

29. Ce metodă de evaluare a inteligenței, abilităților de comunicare și limbaj poate fi utilizată în cazul copiilor cu TSA? Selectați răspunsul corect (CS):

- A. Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*);
- B. Testul standardizat de evaluare a mediului (*The Home Observation for Measurement of the Environment Infant/Toddler, HOME*);
- C. Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT);
- D. Testele de apreciere a IQ (Scalele Bayley pentru evaluarea dezvoltării copilului, Test de evaluare a inteligenței – SON-R);
- E. Testul de screening pentru autism M-CHAT.

Răspuns corect: D

Denumirea cursului: EVALUAREA COPILULUI ȘI FAMILIEI ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE

Tipul cursului: **Perfecționare pentru competență în activitate**

Numărul total de ore – 35 de ore/5 zile

I. Scopul cursului

Dezvoltarea în rândul profesioniștilor din echipele interdisciplinare din cadrul Centrelor de Intervenție Timpurie a abilităților de selectare corectă a testelor de evaluare a dezvoltării copiilor de vârstă fragedă, precum și de planificare argumentată a programelor individuale de intervenție timpurie.

II. Obiectivele de formare în cadrul cursului

- *La nivel de cunoaștere și înțelegere*
 - să cunoască metoda de evaluare screening a dezvoltării copilului;
 - să cunoască metoda de evaluare comprehensivă a diferitor arii de dezvoltare a copilului.
- *La nivel de aplicare*
 - să aplice instrumentele de screening în evaluarea dezvoltării copilului și să interpreteze rezultatele;
 - să poată formula concluzia privind rezultatul evaluării dezvoltării copilului și să o comunice părinților/îngrijitorilor;
 - să poată argumenta referirea la teste de evaluare comprehensivă;
 - să poată aplica sistemul de clasificare a funcției grosiere în paralizia cerebrală, Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*), Testul de Evaluare a mediului de dezvoltare a copilului în cadrul vizitelor la domiciliu și Testul de Evaluare a Interacțiunii părinte-copil pentru dezvoltarea abilităților parentale pozitive.

III. Conținutul de bază al cursului

A. *Tematici curs teoretic:*

Nr.	Tema	Ore
1.	Principii generale și abordări moderne în evaluarea copilului în cadrul ITC.	2
2.	Evaluarea dizabilității la copii prin prisma Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT).	3
3.	Teste standardizate utilizate frecvent în evaluarea dezvoltării copilului în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie.	2
4.	Evaluarea copilului cu tulburări motorii.	3
5.	Evaluarea copilului cu dizabilități intelectuale.	2
6.	Evaluarea familiei și factorilor de mediu în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie.	2

B. Activități / lucrări practice:

Nr.	Tema	Ore
1.	Aplicarea Testelor de evaluare screening a dezvoltării copiilor de vârstă fragedă și aprecierea eligibilității pentru servicii de intervenție timpurie (<i>M-CHAT, Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic / Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC</i>).	3
2.	Evaluarea deprinderilor funcționale ale copilului (auto-deservire, mobilitate, funcția socială) prin utilizarea Testului de Evaluare Pediatrică a Dizabilității (<i>Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI-CAT</i>).	3
3.	Evaluarea copilului cu paralizie cerebrală. Aplicarea Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS).	3
4.	Evaluarea mediului de dezvoltare a copilului în cadrul vizitelor la domiciliu. Aplicarea testului standardizat (<i>The Home Observation for Measurement of the Environment Infant/Toddler, HOME</i>).	3
5.	Evaluarea interacțiunii părinte-copil pentru evoluarea/dezvoltarea abilităților parentale pozitive. Aplicarea testelor și programelor aprobate la nivel internațional.	3
6.	Evaluarea abilităților intelectuale ale copilului de vârstă fragedă. Utilizarea testelor standardizate.	3
7.	Evaluarea abilităților de comunicare și a limbajului la copiii de vârstă fragedă. Utilizarea testelor standardizate.	3

PLANUL TEMATIC DE STUDII AL MEDICILOR LA CURSUL: „EVALUAREA COPILULUI ȘI FAMILIEI ÎN CADRUL INTERVENȚIEI TIMPURII ÎN COPILĂRIE”

(PT – pediatri, neuropediatri, asistenți sociali, kinetoterapeuți, reabilitologi, psihologi, logopezi, psihopedagogi, durata – 5 zile/35 de ore)

Nr. d/o	Denumirea temei	Ore/ prelegeri	Ore/lucrări practice	Ore/ Total
1.	Principii generale și abordări moderne în evaluarea copilului în cadrul ITC.	2		2
2.	Evaluarea dizabilității la copii prin prisma Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT).	3		3
3.	Teste standardizate utilizate frecvent în evaluarea dezvoltării copilului în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie.	2	6	8
4.	Evaluarea copilului cu tulburări motorii.	3	3	6
5.	Evaluarea copilului cu dizabilități intelectuale.	2	6	8
6.	Evaluarea familiei și factorilor de mediu în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie.	2	6	8
Total:		14	21	35

Program analitic

Nr. d/o	Conținutul detaliat al cursului
1	Principii generale și abordări moderne în evaluarea copilului în cadrul ITC Generalități, definiții, scopuri ale evaluării în cadrul ITC. Tipuri de evaluare. Avantajele evaluării autentice. Repartizarea rolurilor membrilor echipei interdisciplinare. Părinții – parteneri, membri ai echipei de evaluare. Evaluarea inițială a copilului. Reevaluarea capacității, performanței și progresului. Planul individual de suport al familiei; obiective pe termen scurt și de perspectivă. Rolul managerului de caz/ coordonatorului. Documentarea, modele de evidență, înregistrare a datelor personale, a rezultatelor evaluărilor și reevaluărilor copilului și familiei.
2	Evaluarea dizabilității la copii prin prisma Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT) Introducere în Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT). Structura, principiile de evaluare a stării de sănătate, funcționare și dizabilitate. Categoriile CIF. Modelul integrativ al funcționării și dizabilității. Noțiuni de activitate, participare și factori de mediu contextuali. Transpunerea CIF în practica medico-socială și de reabilitare. Instrumente practice de evaluare a sănătății, funcționării și dizabilității, derivate din CIF.

3	<p>Teste standardizate utilizate frecvent în evaluarea dezvoltării copilului în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie</p> <p>Teste de screening și de evaluare comprehensivă. Test de screening pentru autism (M – CHAT). Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (<i>Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC</i>). Testul de Evaluare Pediatrică a Dizabilității (<i>Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI-CAT</i>). Obiectivele, formatul administrării testelor, categoria de vârstă, timpul de administrare, scorarea. Utilizarea rezultatelor pentru planificarea intervențiilor timpurii.</p>
4	<p>Evaluarea copilului cu tulburări motorii</p> <p>Principii generale și criterii de diagnostic. Scurtă analiză a nosologiilor cauzatoare. Instrumente frecvent utilizate, racordate la Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT). Evaluarea neurologică 0-6 ani, Amile-Tison. Evaluarea copilului cu paralizie cerebrală. Sistemul de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS). Arborele de decizie în stabilirea diagnosticului de paralizie cerebrală. Arborele de clasificare a subtipurilor paraliziei cerebrale. Testul de evaluare a funcției motorii grosiere la copiii cu paralizie cerebrală și sindromul Down (GMFM-88, GMFM-66, Gross Motor Function Measure).</p>
5	<p>Evaluarea copilului cu dizabilități intelectuale</p> <p>Principii generale de diagnostic și clasificare. Scurtă analiză a nosologiilor cauzatoare. DSM-5, Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale. Testul SON-R (Test de evaluare a inteligenței pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 2,5 și 7 ani. Scalele Bayley pentru evaluarea dezvoltării copilului. Scalele de evaluare a limbajului la preșcolari (Preschool Language Scales, PLS™-5). Chestionar de dezvoltare a limbajului după C. Păunescu. Obiectivele, formatul administrării testelor, categoria de vârstă, timpul de administrare, scorarea. Particularități de evaluare a copilului cu dizabilități multiple și profunde. Utilizarea rezultatelor evaluării pentru elaborarea programelor de intervenție timpurie.</p>
6	<p>Evaluarea familiei și factorilor de mediu în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie</p> <p>Elemente majore ale calității vieții: copilul, familia, factorii de mediu – interrelația și interacțiunea dinamică dintre aceste elemente. Evaluarea necesităților familiei prin utilizarea instrumentelor standardizate. Teste de evaluare a calității vieții familiei. Evaluarea mediului de dezvoltare a copilului (<i>The Home Observation for Measurement of the Environment Infant/Toddler, HOME</i>). Teste de evaluare a interacțiunii părinte-copil (<i>Evaluarea Interacțiunilor Părinților cu Copiii / Checklist of Observations Linked to Outcomes, PICCOLO</i>). Obiectivele, formatul administrării testelor, categoria de vârstă, timpul de administrare, scorarea. Utilizarea rezultatelor evaluării pentru elaborarea programelor de intervenție timpurie.</p>

SUBIECTE / ÎNTREBĂRI PENTRU EVALUAREA CUNOȘTIȚELOR

1. Ce reprezintă evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC?
2. Care este scopul evaluării dezvoltării copilului?
3. Ce presupune o metodă de screening de evaluare a dezvoltării, care este scopul unui screening?
4. Metodele de evaluare a dezvoltării copilului, recomandate la etapa actuală în cadrul ITC.
5. Rolul părinților în evaluarea dezvoltării copilului.
6. Obstacole ce pot interveni în procesul de implicare a părinților în serviciile de ITC, eventual în evaluarea copilului.
7. Care este diferența dintre evaluarea prin raportare la standarde sau norme și evaluarea prin raportare la criterii?
8. Avantajele evaluării autentice.
9. Aplicabilitatea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) în evaluarea dezvoltării copilului.
10. Care este vârsta recomandată pentru aplicarea testului de screening M-CHAT?
11. În ce măsură testul de triere CHAT sau M-CHAT ne ajută în procesul de diagnosticare a TSA?
12. Pentru care categorii nosologice este aplicată evaluarea funcției grosiere – testul de evaluare GMFM?
13. Care sunt ariile de dezvoltare evaluate prin aplicarea Testului de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*).
14. Pentru care categorii de vârstă se aplică Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*)?
15. Care sunt termenii de reevaluare a dezvoltării unui copil cu Paralizie Cerebrală de gradul II conform Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS).
16. Care este frecvența optimă a reevaluării dezvoltării unui copil cu dizabilități multiple și severe.
17. Care sunt echipamentele necesare pentru a efectua Testul de evaluare a funcției motorii grosiere la copiii cu paralizie cerebrală și Sindrom Down (GMFM-88, GMFM-66, Gross Motor Function Measure).
18. Care este semnificația noțiunii de parenting?
19. Care este definiția calității vieții familiei?
20. Care sunt elementele majore privind indicatorul „calitatea vieții familiei”?
21. Ce grupuri de copii sunt „irecuperabili” în ITC și nu necesită intervenții?

22. Care specialist în cadrul ITC evaluează dezvoltarea copilului?
23. Metodele de evaluare a inteligenței copilului.
24. Este oare lipsa limbajului un simptom al dizabilității intelectuale?
25. Structura cauzală a dizabilității intelectuale.
26. La ce vârstă putem evalua abilitățile de comunicare a copilului?
27. La ce pot servi rezultatele evaluărilor copilului?
28. Este recomandat oare să le prezentăm părinților rezultatele evaluării dezvoltării copilului lor în caz dacă acestea nu sunt îmbucurătoare?
29. Rolul mediului în care crește copilul pentru dezvoltarea acestuia.
30. Elementele de bază care necesită a fi evaluate în relația părinte-copil.
31. Importanța factorilor parentali și factorilor de mediu în dezvoltarea copilului.

Deprinderi practice:

- Aplicarea testului de screening pentru autism M-CHAT și interpretarea rezultatelor;
- Aplicarea Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS);
- Aplicarea Testului de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*);
- Aplicarea testului de evaluare a mediului de dezvoltare a copilului (*The Home Observation for Measurement of the Environment Infant/Toddler, HOME*);
- Aplicarea testului de evaluare a interacțiunii părinte-copil (*Evaluarea Interacțiunilor Părinților cu Copiii / Checklist of Observations Linked to Outcomes, PICCOLO*).

TESTE DE CONTROL

1. Ce înțelegem prin evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC? (CS)

- A. Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC este măsurarea minuțioasă a taliei, greutatei și perimetrului cranian al copilului.
- B. Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC este un proces flexibil, colaborativ, în echipa formată din profesioniști și părinți, care ajung la un consens vizavi de necesitățile schimbătoare de dezvoltare, educaționale și medicale ale copiilor de vârstă fragedă.
- C. Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC este un proces de aplicare de către medici pediatri a unor chestionare cu elemente ce se referă la reperele de bază privind vârstele-cheie ale copilului, pentru delimitarea deficiențelor pe diferite arii de dezvoltare.
- D. Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC presupune un complex de examinări clinice de laborator, instrumentale și imagistice (în special ale creierului) pentru stabilirea diagnosticului final.
- E. Prin evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC se subînțelege consultul mai multor specialiști din diferite domenii, care își expun părerea separat.

Răspuns corect: B

2. Care este scopul evaluării dezvoltării copilului (CM):

- A. Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC are drept scop evidențierea deficiențelor copilului pentru a le diminua.
- B. Scopul evaluării dezvoltării copilului în cadrul ITC este delimitarea cauzelor tulburărilor de dezvoltare.
- C. Scopul evaluării dezvoltării copilului în cadrul ITC este aprecierea direcțiilor și duratei programului de abilitare.
- D. Scopul evaluării dezvoltării copilului este identificarea celor mai potrivite servicii de abilitare/terapie, educație, asistență medicală, socială, psihologică.
- E. Scopul evaluării dezvoltării copilului este cuantificarea progreselor obținute în procesul de recuperare și educație.

Răspuns corect: CDE

3. Ce presupune o metodă de screening de evaluare a dezvoltării? Care este scopul unui screening? (CM)

- A. Screening-ul este o metodă de evaluare inițială, relativ rapidă, aplicată „în masă”, prin care pot fi delimitați copiii cu risc sau cei suspectați de tulburări de dezvoltare. Rezultatele screening-ului permit referirea copiilor pentru evaluarea interdisciplinară complexă.
- B. Rezultatele screening-ului sunt utilizate pentru a determina eligibilitatea pentru ITC și necesitatea

de referire a copiilor către serviciile specializate.

- C. Metoda de screening se aplică doar copiilor sănătoși, pentru a determina nivelul dezvoltării lor.
- D. Screening-ul este o metodă de laborator care determină necesitatea tratamentelor medicamentoase urgente la copiii cu tulburări de dezvoltare.
- E. Screening-ul dezvoltării copilului este consultul în echipa interdisciplinară cu scopul elaborării Planului Individual de Suport al Familiei.

Răspuns corect: AB

4. Care dintre tipurile de metode de evaluare a dezvoltării copilului sunt promovate ca cele mai binevenite, conform ultimelor opinii ale savanților în domeniul ITC? (CS)

- A. Cele mai indicate sunt metodele care permit compararea rezultatelor copilului evaluat cu un standard/normă; în acest caz se observă clar deficiențele dezvoltării.
- B. Cele mai apreciate sunt metodele standardizate de evaluare, ce raportează abilitățile copilului la anumite criterii considerate importante în dezvoltarea individului.
- C. Actualmente, se promovează metodele de evaluare în contextul natural al copilului – evaluarea autentică.
- D. Specialiștii din domeniul ITC promovează actualmente evaluarea statică, în care se pune accent pe ceea ce poate face efectiv copilul, pe abilitățile lui la un moment dat, și nu pe capacitatea sa de dezvoltare.
- E. Cele mai apreciate sunt metodele de screening, deoarece, aplicându-le, specialiștii pot evalua un număr mare de copii într-un timp scurt.

Răspuns corect: C

5. Ce rol joacă părinții în evaluarea dezvoltării copilului? (CM)

- A. Părinții sunt parteneri și membri ai echipei interdisciplinare de ITC; profesioniștii implică activ părinții în procesul de evaluare.
- B. Părinții știu cel mai bine copilul și pot oferi informații autentice, care nu pot fi obținute în alt mod sau cu ajutorul altor persoane.
- C. Părinții nu posedă cunoștințe și nu sunt certificați în metode de evaluare a copilului, de aceea ei nu pot fi implicați în acest proces.
- D. Rezultatele evaluărilor ce denotă un nivel scăzut al dezvoltării copilului pot influența negativ starea psihologică a părinților, de aceea nu este indicat ca ei să participe la evaluare.
- E. Părinții distrag atenția copilului pe parcursul evaluării, de aceea sunt rugați să nu asiste la acest proces.

Răspuns corect: AB

6. Ce obstacole pot interveni în procesul de implicare a părinților în serviciile de ITC, eventual în evaluarea copilului? (CM)

- A. Diferențe culturale și educaționale;

- B. Bariere lingvistice;
- C. Părinții pot fi copleșiți de starea/diagnosticul copilului, ceea ce îi face neeficienți sau neobiectivi;
- D. Părinții pot fi intimidați de terminologia medicală, pe care nu o înțeleg;
- E. Părinții sunt reticenți la implicarea în diferite activități și sunt dispuși să se lase doar pe mâna specialiștilor.

Răspuns corect: ABCD

7. Care este diferența dintre evaluarea prin raportare la standarde sau norme și evaluarea prin raportare la criterii? (CM)

- A. Metodele menționate sunt similare, ambele demonstrează care dintre ariile de dezvoltare sunt deficitare.
- B. Evaluarea prin raportare la standarde sau norme se efectuează prin teste nestandardizate, iar cea raportată la criterii, din contra, doar prin teste standardizate, de aceea este mai performantă.
- C. Evaluarea prin raportare la standarde sau norme permite compararea rezultatelor copilului evaluat cu un standard/normă, pe când metodele de evaluare bazate pe criterii raportează abilitățile copilului la anumite criterii considerate importante în dezvoltarea individului.
- D. Metodele menționate se deosebesc prin modul de emitere a rezultatelor: evaluarea prin raportare la standarde presupune rezultate în varianta electronică.
- E. Rezultatele evaluării raportate la criterii reflectă evoluția abilităților copilului, raportată la diferite etape de vârstă ale acestuia, în timp ce evaluarea prin raportare la norme compară copilul doar cu semenii lui sănătoși.

Răspuns corect: CE

8. Care sunt avantajele evaluării autentice? (CM)

- A. Evaluarea autentică este raportată la individ și presupune forme observaționale de evaluare a dezvoltării copilului în mediul natural.
- B. Evaluarea autentică are loc în mediul natural și în timpul rutinelor zilnice ale copilului.
- C. Evaluarea autentică presupune evaluarea în săli special amenajate, în cadrul centrelor de intervenție timpurie, cu utilizarea unor echipamente standardizate.
- D. Evaluarea autentică permite captarea celor mai mici detalii și schimbări foarte subtile în funcționalitatea copilului.
- E. Evaluarea autentică presupune că testele de evaluare sunt foarte rigide, cu elemente standard ce compară abilitățile copilului evaluat cu norma (copilul fără dizabilitate).

Răspuns corect: ABD

9. Care este aplicabilitatea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) în evaluarea dezvoltării copilului? (CM)

- A. Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) este un instrument ce evaluează diferite arii de dezvoltare a copilului și trebuie implementat în procesul de evaluare a dezvoltării copilului.

- B. Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) listează doar patologii nosologice cauzatoare de dizabilitate și nu poate fi utilizată drept un instrument de evaluare.
- C. Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) nu este un instrument practic de evaluare a dezvoltării și poate fi folosită pentru a descrie și compara sănătatea populațiilor în plan mondial.
- D. CIF permite utilizarea unui limbaj semantic comun între toate sectoarele preocupate de sănătatea omului.
- E. CIF reprezintă un cadru general de codificare a unei largi diversități de informații legate de sănătate (funcțiile, structura organismului, activitatea și participarea, în interrelație cu factorii de mediu).

Răspuns corect: CDE

10. Care este vârsta recomandată pentru aplicarea testului de screening M-CHAT? (CS)

- A. De la naștere până la 3 ani;
- B. În perioada 2-10 ani;
- C. În perioada 18-24 de luni;
- D. Testul poate fi aplicat la orice vârstă;
- E. În primul an de viață.

Răspuns corect: C

11. Care este importanța factorilor parentali și factorilor de mediu în dezvoltarea copilului? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Familia deține rolul cel mai important în educația copilului.
- B. Unul din principiile fundamentale ale ITC stipulează rolul primordial al anturajului și al familiei în dezvoltarea copilului.
- C. Acest principiu presupune instruirea părinților și implicarea lor în procesul de abilitare a copilului cu dificultăți de dezvoltare.
- D. Cunoașterea și aplicarea celor mai eficiente metode de fortificare a capacităților parentale devine foarte importantă pentru specialiștii implicați în ITC.
- E. Nivelul dezvoltării intelectuale și a tuturor proceselor cognitive depinde, în cea mai mare măsură, de serviciile acordate în instituțiile prestatoare de servicii ITC.

Răspuns corect: ABCD

12. Ce acțiuni trebuie întreprinse atunci când testul M-CHAT indică risc de autism? (CM)

- A. Orice copil care eșuează la M-CHAT trebuie retestat aproximativ după o lună. Ca orice instrument de screening, o a doua aplicare a M-CHAT-ului este recomandabilă pentru a se asigura că nu este vorba doar de o ușoară întârziere în dezvoltare.
- B. Copilul care eșuează la M-CHAT pentru a doua oară trebuie redirecționat către o clinică de specialitate pentru diagnostic, deoarece M-CHAT-ul nu este un instrument de diagnosticare a autismului.

- C. Copilul care eșuează la M-CHAT este referit pentru spitalizare în departamente pediatrie, neuro-pediatrie sau psihiatrie, pentru efectuarea investigațiilor complexe necesare pentru stabilirea diagnosticului final.
- D. Copilul care eșuează la M-CHAT este referit pentru aplicarea terapiei comportamentale (de ex., ABA) la centrele specializate în domeniu.
- F. Copilul care eșuează la M-CHAT este testat repetat nu mai devreme de un an de la prima testare.

Răspuns corect: AB

13. Este oare testul M-CHAT un test obligatoriu pentru copiii de 18-24 de luni în Republica Moldova? (CS)

- A. Testul se aplică doar în caz de suspectare clară de autism.
- B. Testul este opțional, în cazurile de reținere în dezvoltare.
- C. Potrivit standardelor actuale de supraveghere a copiilor în condiții de ambulator, screening-ul pentru evaluarea riscului de autism la copiii de 18-24 de luni este un test obligatoriu.
- D. Până în anul 2013, conform Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulator, testul era obligatoriu, actualmente fiind unul opțional.
- E. Screening-ul pentru evaluarea riscului de autism al copiilor de 18-24 luni este un test obligatoriu.

Răspuns corect: C

14. Pentru care categorii nosologice este aplicată evaluarea funcției grosiere – testul de evaluare GMFM? (CM)

- A. Sindrom Down;
- B. Distrofii musculare;
- C. Paralizie cerebrală;
- D. Artrogripoză;
- E. Spina bifida.

Răspuns corect: AC

15. Care sunt ariile de dezvoltare ce pot fi măsurate aplicând Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*)? (CM)

- A. Funcțiile cognitive;
- B. Abilitățile motorii;
- C. Abilitățile socio-emoționale;
- D. Abilitățile adaptativ-comportamentale;
- E. Abilitățile de comunicare.

Răspuns corect: ABCD

16. Pentru care categorie de vârstă se aplică Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*)? (CS)

- A. Copiii în primele luni de viață;
- B. Copiii în primul an de viață;
- C. Copiii în primele 24 de luni;
- D. Copiii în primele 36 de luni;
- E. Copiii cu vârsta sub 72 de luni.

Răspuns corect: E

17. Care este frecvența optimă a reevaluărilor dezvoltării unui copil cu Paralizie Cerebrală de gradul II conform Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS)? (CM)

- A. Copiii vor fi evaluați inițial pentru înscrierea în program, iar apoi după finalizarea serviciilor de ITC (la împlinirea vârstei de 3 ani).
- B. Frecvența optimă a reevaluărilor este de 6 ori pe an.
- C. Ținând cont de faptul că ritmul de dezvoltare a copiilor cu GMFMCS de gradul II este unul favorabil, reevaluările pot fi efectuate o dată la 6 luni.
- D. Ținând cont de faptul că ritmul de dezvoltare a copiilor cu GMFMCS de gradul II este unul extrem de lent, reevaluările pot fi efectuate nu mai frecvent de o dată la 12 luni.
- E. Frecvența reevaluărilor va fi stabilită de către managerul de caz.

Răspuns corect: CE

18. Care este frecvența optimă a reevaluărilor dezvoltării unui copil cu dizabilități multiple și severe? (CM)

- A. Copiii vor fi evaluați inițial pentru înscrierea în program, iar apoi după finalizarea serviciilor de ITC (la împlinirea vârstei de 3 ani).
- B. Frecvența optimă a reevaluărilor este de 6 ori pe an.
- C. Copiii vor fi evaluați o dată la 6 luni.
- D. Ținând cont de faptul că ritmul de dezvoltare a acestui grup de copii este unul extrem de lent, reevaluările pot fi efectuate nu mai frecvent de o dată la 12 luni.
- E. Frecvența reevaluărilor va fi stabilită de către managerul de caz.

Răspuns corect: DE

19. Ce echipamente sunt necesare pentru a administra Testul de evaluare a funcției motorii grosiere la copiii cu paralizie cerebrală și Sindrom Down (GMFM-88, GMFM-66, Gross Motor Function Measure)? (CM)

- A. Saltea;
- B. Scăunel;

- C. Jucării de diverse dimensiuni;
- D. Scară cu cel puțin 5 trepte;
- E. Minge mare pentru gimnastică.

Răspuns corect: ABCD

20. Testul de evaluare a interacțiunii părinte-copil (Evaluarea Interacțiunilor Părinților cu Copiii / *Checklist of Observations Linked to Outcomes, PICCOLO*) evaluează următorul aspect (CS):

- A. Dezvoltarea motricității grosiere la copil;
- B. Dezvoltarea motricității fine la copil;
- C. Interacțiunea părinte-copil;
- D. Dezvoltarea multilaterală a copilului;
- E. Inteligența copilului.

Răspuns corect: C

21. Evaluarea mediului de dezvoltare a copilului presupune evaluarea următoarelor aspecte (CM):

- A. Responsivitate;
- B. Acceptanță;
- C. Prezența materialelor educaționale pentru copil;
- D. Implicarea părinților în activitatea/jocul copilului;
- E. Nivelul venitului financiar.

Răspuns corect: ABCD

22. Care copii sunt „irecuperabili” în cadrul ITC și nu necesită intervenții (CS):

- A. Copiii cu dizabilități multiple și severe;
- B. Copiii cu PC de gradul V, conform GMFMCS;
- C. Copiii cu dizabilitate intelectuală severă;
- D. Intervenția Timpurie în Copilărie exclude noțiunea de „copil irecuperabil”;
- E. Copiii nevăzători.

Răspuns corect: D

23. Ce arii/elemente privind calitatea vieții familiei pot fi evaluate folosind instrumentele standardizate în acest domeniu? (CM)

- A. Calitatea interacțiunilor sociale;
- B. Bunăstarea emoțională;
- C. Bunăstarea fizică și materială;

- D. Percepțiile membrilor familiei vizavi de suportul în legătură cu dizabilitatea;
- E. Volumul asistenței medicale oferit familiei.

Răspuns corect: ABCD

24. Care dintre metodele enumerate măsoară inteligența copilului? (CS)

- A. Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*);
- B. Testul standardizat de evaluare a mediului (*The Home Observation for Measurement of the Environment Infant/Toddler, HOME*);
- C. Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT)
- D. Teste de apreciere a IQ (Scalele Bayley pentru evaluarea dezvoltării copilului, Test de evaluare a inteligenței – SON-R);
- E. Testul de screening pentru autism M-CHAT.

Răspuns corect: D

25. La ce vârstă putem evalua abilitățile de comunicare a copilului? (CS)

- A. Din primele luni de viață;
- B. Din momentul când apar primele cuvinte;
- C. Doar începând cu vârsta de 12 luni;
- D. Doar de la vârsta de 3 ani;
- E. Doar de la vârsta de 4 ani.

Răspuns corect: A

26. La ce ne pot servi rezultatele evaluărilor copilului? (CM)

- A. Pentru elaborarea Planului Individual de Suport al Familiei (PISF);
- B. Pentru monitorizarea progreselor în dezvoltare;
- C. Pentru evaluarea eficienței programului de abilitare;
- D. Pentru a documenta gradul de autonomie a copilului;
- E. Pentru a estima volumul asistenței acordate copilului.

Răspuns corect: ABCD

Denumirea cursului: COPILUL CU TULBURĂRI MOTORII. METODE DE EVALUARE ȘI ABILITARE

Tipul cursului: **Perfecționare pentru competență în activitate**

Numărul total de ore – 35 de ore/5 zile

I. Scopul cursului

Dezvoltarea în rândul profesioniștilor din echipele interdisciplinare ale Centrelor de Intervenție Timpurie a abilităților de identificare, evaluare a copilului cu tulburări motorii și aplicare a metodelor de abilitare fizică.

II. Obiectivele de formare în cadrul cursului

- *La nivel de cunoaștere și înțelegere:*
 - să cunoască spectrul nosologic cauzator de tulburări motorii;
 - să cunoască esența evaluării comprehensive și spectrul instrumentelor/metodelor de evaluare a motricității fine și grosiere.
- *La nivel de aplicare:*
 - să aplice diverse metode/instrumente de evaluare a funcției motorii la copil (screening și evaluări comprehensive);
 - să poată interpreta rezultatele evaluării funcției motorii la copil (screening și evaluări comprehensive);
 - să poată formula și să poată comunica părinților/îngrijitorilor rezultatele evaluării funcției motorii la copil (screening și evaluări comprehensive);
 - să poată utiliza rezultatele evaluării funcției motorii la copil (screening și evaluări comprehensive) pentru elaborarea Planului Individual de Suport al Familiei;
 - să poată aplica tehnici diferențiate de terapie fizică la copiii cu diferite tipuri de tulburări motorii.

III. Conținutul de bază al cursului

A. *Tematici curs teoretic:*

Nr.	Tema	Ore
1.	Principii generale și abordări moderne privind copilul cu tulburări motorii. Cauze de bază. Diagnostic, management integrat.	2
2.	Copilul cu paralizie cerebrală. Particularități clinice și de dezvoltare. Conduită integrată.	3
3.	Evaluarea copilului cu tulburări motorii. Teste de screening și evaluarea comprehensivă a motricității fine și grosiere.	2
4.	Terapie fizică. Noi abordări în conduita copilului cu tulburări motorii.	3
5.	Prevenirea complicațiilor spasticității. Tehnici de reducere a sechelelor. Identificarea limitelor funcționale.	2
6.	Probleme de dezvoltare asociate tulburărilor motorii. Probleme de coordonare oral-motorie. Tulburări de vorbire și limbaj. Tulburări de coordonare. Managementul integrat.	2

B. Activități/lucrări practice:

Nr.	Tema	Ore
1.	Screening-ul tulburărilor motorii la copilul mic. Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (<i>Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC</i>).	3
2.	Evaluarea deprinderilor funcționale ale copilului (autoservirea, mobilitatea, funcția socială) prin utilizarea Testului de Evaluare Pediatrică a Dizabilității (<i>Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI-CAT</i>).	3
3.	Evaluarea copilului cu paralizie cerebrală. Aplicarea Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS).	3
4.	Aplicarea Testului de evaluare a funcției motorii grosiere la copiii cu paralizie cerebrală și Sindrom Down (GMFM-88, GMFM-66, Gross Motor Function Measure).	3
5.	Aplicarea tehnicilor diferențiate de terapie fizică în funcție de tipul tulburărilor motorii (spasticitate, hipotonie, spasticitate unilaterală etc.). Stimularea senzorială.	3
6.	Aplicarea tehnicilor de prevenție a complicațiilor spasticității. Rolul echipamentelor auxiliare în abilitarea copiilor cu probleme motorii.	3
7.	Tehnici de stimulare a comunicării la copiii cu tulburări motorii. Terapia oral-motorie.	3

PLANUL TEMATIC DE STUDII AL MEDICILOR LA CURSUL: „COPILUL CU TULBURĂRI MOTORII. METODE DE EVALUARE ȘI ABILITARE”

(PT – kinetoterapeuți, reabilitologi, neuropediatri; durata – 5 zile/35 de ore)

Nr. d/o	Denumirea temei	Ore/ Prelegeri	Ore/ lucrări practice	Ore/ Total
1.	Principii generale și abordări moderne privind copilul cu tulburări motorii. Cauze de bază. Diagnostic, management integrat.	2		2
2.	Copilul cu paralizie cerebrală. Particularități clinice și de dezvoltare. Conduită integrată.	3	3	6
3.	Evaluarea copilului cu tulburări motorii.	2	9	11
4.	Terapie fizică. Noi abordări în conduita copilului cu tulburări motorii.	3	3	6
5.	Prevenirea complicațiilor spasticității. Tehnici de reducere a sechelelor. Identificarea limitelor funcționale.	2	3	5
6.	Probleme de dezvoltare asociate cu tulburări motorii.	2	3	5
Total:		14	21	35

Program analitic

Nr. d/o	Conținutul detaliat al cursului
1	Principii generale și abordări moderne ale privind copilul cu tulburări motorii. Cauze de bază. Diagnostic, management integrat Definiții, generalități. Reperete dezvoltării motricității fine și grosiere la copil în primii trei ani de viață. Structura causală a tulburărilor motorii. Analiza celor mai frecvente nosologii ce cauzează tulburări motorii.
2	Copilul cu paralizie cerebrală. Particularități clinice și de dezvoltare. Conduita integrată Paralizia cerebrală, generalități, structura causală, prevalența. Clasificarea. Sistemul de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS). Arborele de decizie în stabilirea diagnosticului de paralizie cerebrală. Arborele de clasificare a subtipurilor paraliziei cerebrale. Comorbidități. Dovezi științifice în conduita copilului cu PC.
3	Evaluarea copilului cu tulburări motorii Principii generale și criterii de diagnostic. Instrumente frecvent utilizate, racordate la Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT). Evaluarea neurologică la 0-6 ani, Amiel-Tison. Evaluarea copilului cu paralizie cerebrală. Testul de evaluare a funcției motorii grosiere la copii cu paralizie cerebrală și Sindromul Down (GMFM-88, GMFM-66, Gross Motor Function Measure).
4	Terapia fizică. Noi abordări în conduita copilului cu tulburări motorii Aplicarea clinică: principii generale de abilitare a copilului spastic și cel flasc. Metoda neurodevelopmentală (Bobath), facilitarea proprio-neuromusculară. Stimularea senzorială.

5	Prevenirea complicațiilor spasticității. Tehnici de reducere a sechelelor. Identificarea limitelor funcționale Spasticitatea, criteriile clinice. Complicațiile spasticității. Tehnici de prevenire. Echipamente auxiliare: teorie și practică. Principii de utilizare a echipamentelor auxiliare. Tipuri existente de echipamente auxiliare. Scaunul rulant: indicații, poziționarea și prevenirea complicațiilor posibile. Ortezarea, tehnici de confecționare, adaptare și aplicare. Adaptarea mediului casnic pentru copiii cu tulburări motorii.
6	Probleme de dezvoltare asociate cu tulburări motorii Probleme oral-motorii. Tulburări de coordonare. Tulburări de vorbire și limbaj. Terapia ocupațională (ergoterapia) pentru copilul cu dizabilități. Jocul ca activitate fundamentală a copilului. Ludoteca copilului cu dizabilități. Meloterapia și alte metode de abilitare. Managementul integrat.

SUBIECTE / ÎNTREBĂRI PENTRU EVALUAREA CUNOȘTIINȚELOR

1. Ce înțelegem prin întârziere în dezvoltarea deprinderilor motorii?
2. Cauzele de bază ale dizabilității motorii la copii.
3. Definiția paraliziei cerebrale infantile (PC).
4. Semnificația aplicativă a Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paraliza Cerebrală (GMFCS).
5. Criteriile de excludere a diagnosticului PC conform „Arborelui de decizie în stabilirea diagnosticului de paralizie cerebrală”.
6. Cauzele PC.
7. Subtipurile paraliziei cerebrale.
8. Care sunt cele mai frecvente comorbidități în PC?
9. Care sunt serviciile de ITC, pentru care este eligibil copilul cu PC?
10. Modelele mișcării anormale, caracteristice PC.
11. Cum recunoaștem clinic reflexul tonico-cervical asimetric persistent?
12. Semnele clinice ale PC la copilul de 0-3 ani.
13. Tipurile de tonus muscular anormal.
14. Care este vârsta la care apare PC?
15. Etiologia spina bifida.
16. Semnele clinice de artrogripoză.
17. Particularitățile dezvoltării motorii a copilului cu Sindrom Down.
18. Direcțiile de activitate a kinetoterapeutului în cadrul serviciilor de ITC.
19. În ce interval de vârstă este aplicată evaluarea neurologică Amiel-Tison?
20. Scopul aplicării Testului de evaluare a funcției motorii grosiere la copii (GMFM-88, GMFM-66, Gross Motor Function Measure).
21. Care este limita de vârstă pentru aplicarea Testului de evaluare a funcției motorii grosiere la copii (GMFM-88, GMFM-66, Gross Motor Function Measure)?
22. Ce echipamente sunt necesare pentru aplicarea Testului de evaluare a funcției motorii grosiere la copii (GMFM-88, GMFM-66, Gross Motor Function Measure)?
23. Principiile de bază de acțiune terapeutică cu utilizarea metodei Bobath.
24. Obiectivele stimulării senzoriale a copilului cu necesități speciale.

25. Căile de prevenire a dezvoltării contracturilor la copilul cu spasticitate.
26. Indicații de utilizare a scaunului rulant.
27. Reguli de utilizare a atelelor la copiii cu spasticitate severă.
28. Obiectivele terapiei ocupaționale la copilul cu tulburări motorii.
29. Metodele alternative de abilitare a copilului cu dizabilități motorii.
30. Cauzele tulburărilor de vorbire și limbaj la copiii cu dizabilitate motorie.
31. Procedee/metode de prevenire a complicațiilor posibile la copilul cu spasticitate.
32. Obiectivele adaptării mediului casnic pentru copiii cu tulburări motorii.
33. Probleme de coordonare oral-motorie care ar putea apărea la copilul cu PC.

Deprinderi practice:

- Aplicarea Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS);
- Selectarea/recomandarea echipamentelor auxiliare pentru copiii cu dizabilități motorii;
- Elaborarea recomandărilor practice pentru adaptarea mediului casnic la copiii cu dizabilități motorii;
- Aplicarea metodei neurodevelopmentale de abilitare Bobath (pentru kinetoterapeuți, reabilitologi);
- Elaborarea recomandărilor și a Planului Individual de Suport al Familiei în care crește un copil cu dizabilități motorii.

TESTE DE CONTROL

1. Indicați ce reprezintă întârzierea în dezvoltarea deprinderilor motorii (CS):

- A. Situația în care părinții suspectează că anumite abilități ale copilului nu sunt dezvoltate la timp.
- B. Deviația de la normă a unor parametri antropometrici.
- C. Orice restricție sau pierdere a capacității de a efectua o funcție sau o activitate motorie într-un mod considerat normal pentru o ființă umană.
- D. Însușirea mai lentă a deprinderilor motorii, comparativ cu standardele de dezvoltare timpurie.
- E. Stare în care copilul nu se înscrie în parametrii fizici optimi conform curbelor standard de dezvoltare fizică.

Răspuns corect: D

2. Indicați cauzele de bază ale dizabilității motorii la copii (CM):

- A. Paralizia cerebrală infantilă;
- B. Spina bifida;
- C. Fracturile;
- D. Sindromul Rett;
- E. Fenilcetonuria.

Răspuns corect: AB

3. Din ce cauze poate surveni dezvoltarea patologică a funcției motorii (CM):

- A. Probleme de dezvoltare intrauterină;
- B. Traume la naștere;
- C. Nașterea prin operație cezariană;
- D. Stresul mamei pe parcursul sarcinii;
- E. Boli ereditare.

Răspuns corect: ABE

4. Paralizia cerebrală infantilă reprezintă afecțiunea (CS):

- A. Măduvei spinării;
- B. Creierului;
- C. Oaselor;
- D. Mușchilor;
- E. Articulațiilor.

Răspuns corect: B

5. Sistemul de clasificare a funcției motorii grosiere (GMFCS) se utilizează în cazul copiilor cu (CM):

- A. Retard mintal;
- B. Sindrom Down;
- C. Paralizie Cerebrală;
- D. Distrofii musculare;
- E. Spina bifida.

Răspuns corect: BC

6. Selectați afirmațiile ce caracterizează diagnosticul Spina bifida (CM):

- A. Patologie frecvent asociată cu diferite anomalii congenitale ale encefalului;
- B. Bifurcația anormalică a vertebrelor toracice;
- C. Hernie pe linia mediană a spatelui care conține măduva spinală, membranele meningelui și lichid cefalorahidian;
- D. Malformație congenitală gravă a SNC compatibilă cu viața;
- E. Una din cauzele de bază ale dizabilității motorii.

Răspuns corect: ACDE

7. Selectați caracteristicile clinice ale copilului cu Spina bifida (CM):

- A. Dizabilitate intelectuală severă;
- B. Paraplegie flască inferioară gravă;
- C. Dereglări sau lipsa totală a tuturor tipurilor de sensibilitate mai jos de nivelul leziunii;
- D. Enureză și encopresis;
- E. Dereglări trofice mai jos de nivelul leziunii.

Răspuns corect: BCDE

8. Selectați care sunt semnele clinice de Artrogripoză (CM):

- A. Multiple contractări articulare, în special ale membrelor superioare și gâtului;
- B. Multiple malformații congenitale majore asociate;
- C. Tonus muscular scăzut;
- D. Fixarea membrelor în poziția de flexie sau extensie;
- E. Evoluția non-progresivă.

Răspuns corect: ABDE

9. Care sunt etapele de bază în dezvoltarea fizică a copilului ce iau în considerare Sistemul de clasificare a funcției motorii grosiere (GMFCS) pentru a măsura schimbările apărute în funcția motorie grosieră în timpul intervențiilor și după? (CM)

- A. Decubitul dorsal și ventral;
- B. Rostogolirea;
- C. Poziția așezat;
- D. Poziția bipedă;
- E. Mersul.

Răspuns corect: ABCDE

10. Care este frecvența optimă a reevaluărilor dezvoltării unui copil cu Paralizie Cerebrală de gradul II conform Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS)? (CM)

- A. Copiii vor fi evaluați inițial pentru înscrierea în Program și după finalizarea serviciilor de ITC (la împlinirea vârstei de 3 ani).
- B. Frecvența optimă a reevaluărilor este de 6 ori pe an.
- C. Reevaluările pot fi efectuate o dată la 6 luni.
- D. Reevaluările pot fi efectuate nu mai frecvent de o dată la 12 luni.
- E. Frecvența reevaluărilor va fi stabilită de către managerul de caz.

Răspuns corect: CE

11. Indicați ce echipamente sunt necesare pentru a efectua Testul de evaluare a funcției motorii grosiere la copiii cu Paralizie Cerebrală și Sindrom Down (GMFM-88, GMFM-66, Gross Motor Function Measure) (CM):

- A. Saltea;
- B. Scăunel;
- C. Jucării de diverse dimensiuni;
- D. Scară cu cel puțin 5 trepte;
- E. Minge mare pentru gimnastică.

Răspuns corect: ABCD

12. Indicați la ce ne pot servi rezultatele evaluărilor copilului (CM):

- A. Pentru elaborarea Planului Individual de Suport al Familiei (PISF);
- B. Pentru monitorizarea progreselor în dezvoltare;
- C. Pentru evaluarea eficienței programului de abilitare;
- D. Pentru a documenta gradul de autonomie a copilului;
- E. Pentru a estima volumul asistenței acordate copilului.

Răspuns corect: ABCDE

13. Indicați care sunt simptomele clinice sugestive pentru diagnosticul PC (CM):

- A. Mișcări anormale;
- B. Lipsa anumitor modele de mișcări;
- C. Convulsii;
- D. Poziții ale corpului necaracteristice copilului sănătos;
- E. Tonus muscular anormal.

Răspuns corect: ABDE

14. Indicați ce particularități caracterizează dezvoltarea motorie a copilului cu Sindrom Down (CM):

- A. Dezvoltarea motorie a copilului cu Sindrom Down are o traiectorie obișnuită/normală.
- B. Întârziere, de la vârste timpurii, în achiziționarea abilităților motorii.
- C. Copiii cu Sindrom Down îi întrec pe semenii lor în achiziționarea funcțiilor motorii.
- D. Tonusul muscular scăzut, caracteristic de la naștere, cauzează întârzieri în dezvoltarea motorie.
- E. Este redusă stabilitatea posturală a copiilor.

Răspuns corect: BDE

15. Specificați modelele de mișcări anormale ale sugarului (CM):

- A. Reflexul tonico-cervical asimetric persistent;
- B. Reflexul de apucare persistent;
- C. Mișcări asociate (ex., mișcările voluntare ale gurii se asociază cu mișcări ale mâinii);
- D. Încrucișarea picioarelor;
- E. Rostogolirea.

Răspuns corect: ABCD

16. Selectați afirmația corectă privind definiția Paraliziei Cerebrale (PC) (CS):

- A. PC este referită la un grup de maladii non-progresive ale dezvoltării controlului motor, ce apare ca rezultat al afectării dezvoltării sistemului nervos central, survenite înainte de naștere, în timpul acesteia sau imediat după naștere.
- B. PC este o afecțiune neuromusculară de geneză ereditară.
- C. PC este o afecțiune neuromusculară, survenită cel mai frecvent din cauza traumatismelor în procesul nașterii.
- D. PC este o tulburare a dezvoltării motorii și cognitive, survenite din motive obstetricale.
- E. PC este o neuropatie periferică, cauzatoare de dizabilitate motorie și intelectuală.

Răspuns corect: A

17. Indicați care sunt direcțiile de activitate ale kinetoterapeutului (CM):

- A. Determinarea stării funcționale a copilului și analiza factorilor pozitivi și negativi care influențează dezvoltarea copilului.
- B. Elaborarea programului de kinetoterapie în colaborare cu ceilalți membri ai echipei interdisciplinare.
- C. Determinarea dinamicii schimbărilor în dezvoltarea motorie a copilului ca rezultat al realizării programului de intervenție.
- D. Consultarea părinților pe problema alegerii echipamentului special pentru copii.
- E. Instruirea părinților în aplicarea tehnicilor elementare de kinetoterapie.

Răspuns corect: ABCD**18. Indicați care sunt principiile de bază de acțiune terapeutică cu aplicarea metodei Bobath (CM):**

- A. Stimularea senzorială prin aplicarea tehnicilor de masaj intens.
- B. Inhibiția – stoparea mișcărilor anormale, a pozițiilor și reflexelor primitive, care împiedică dezvoltarea mișcărilor normale.
- C. Facilitarea – îmbunătățirea mișcărilor normale și controlului postural.
- D. Stimularea – folosirea stimulilor tactili și kinetostatici pentru realizarea mișcărilor și posturii corecte în spațiu.
- E. Fixarea articulațiilor cu utilizarea echipamentelor speciale auxiliare pentru menținerea lor în pozițiile fiziologice.

Răspuns corect: BCD**19. Selectați recomandările care îl pot ajuta pe bebeluș să învețe a ține capul (CM):**

- A. Purtați copilul în poziție verticală, situat mai sus de umerii mamei/îngrijitorului și cu fața spre aceasta/acesta.
- B. Pentru însușirea deprinderii de a-și menține capul culcați copilul pe burtică.
- C. Faceți zilnic masaj intens în regiunea cervicală.
- D. Poziționați copilul pe o suprafață dură, pentru ca el să se poată sprijini în mânuțe.
- E. Fixați de câteva ori pe zi gâtul copilului cu un echipament moale.

Răspuns corect: ABD**20. În care din subtipurile PC se utilizează terapia de mișcări induse cu constrângerea (limitarea) membrului sănătos (CS):**

- A. Tetrapareză spastică;
- B. Hemiplegie spastică;
- C. Diplegie spastică;
- D. Forma ataxică;
- E. Forme mixte.

Răspuns corect: B

21. În ce interval de vârstă este aplicată evaluarea neurologică Amiel-Tison (CS):

- A. În perioada de nou-născut;
- B. În primele 6 luni;
- C. Până la vârsta de un an;
- D. La copiii cu vârsta de 0-3 ani;
- E. La copiii cu vârsta de 0-6 ani.

Răspuns corect: E**22. Care este scopul efectuării Testului de evaluare a funcției motorii grosiere la copii (GMFM-88, GMFM-66, Gross Motor Function Measure) (CM):**

- A. Evaluarea abilităților motorii ale copilului și a potențialului de abilitare;
- B. Aprecierea funcției motorii grosiere la copii pentru atribuirea gradului de dizabilitate;
- C. Delimitarea deficiențelor fizice ale copilului pentru a argumenta diagnosticul;
- D. Reevaluarea cu scopul documentării progreselor în urma programelor de ITC aplicate;
- E. Rezultatele evaluării servesc la selectarea obiectivelor programului de terapie fizică.

Răspuns corect: ADE**23. Care este limita de vârstă pentru aplicarea Testului de evaluare a funcției motorii grosiere la copii (GMFM-88, GMFM-66, Gross Motor Function Measure) (CM):**

- A. Proba de validare originală a inclus copiii cu PC, cu vârsta cuprinsă între 5 luni și 16 ani.
- B. Testul se aplică doar copiilor cu vârsta mai mică de 12 luni.
- C. Testul se aplică doar copiilor cu vârsta mai mică de 24 de luni.
- D. Testul este adecvat pentru copiii cu abilități motorii care se află sub nivelul celor ale unui copil de 5 ani fără tulburări motorii.
- E. Testul este adecvat pentru copii și adolescenți de la naștere până la 18 ani.

Răspuns corect: AD**24. Cum puteți caracteriza funcția motorie a unui copil cu PC de gradul IV, conform Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS) (CS):**

- A. Merge cu dispozitive de asistență; dificultăți ale mersului în afara casei și în locurile publice;
- B. Deplasare independentă limitată; în afara casei și în locuri publice copiii sunt transportați sau se deplasează independent utilizând scaunul cu roțile electric;
- C. Merge fără dispozitive de asistență; dificultăți ale mersului în afara casei și în locurile publice;
- D. Deplasarea independentă este sever limitată, chiar și cu utilizarea tehnologiilor de asistență;
- E. Merge fără restricții; dificultăți în mișcările grosiere mai avansate.

Răspuns corect: B

25. Cum puteți caracteriza funcția motorie a unui copil cu PC de gradul I conform Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS) (CS):

- A. Merge fără restricții; dificultăți în mișcările grosiere mai avansate;
- B. Merge cu dispozitive de asistență; dificultăți ale mersului în afara casei și în locurile publice;
- C. Deplasarea independentă este limitată; în afara casei și în locuri publice copiii sunt transportați sau se deplasează independent utilizând scaunul cu roțile electric;
- D. Merge fără dispozitive de asistență; dificultăți ale mersului în afara casei și în locurile publice;
- E. Deplasarea independentă este sever limitată, chiar și cu utilizarea tehnologiilor de asistență.

Răspuns corect: A**26. Cum puteți caracteriza funcția motorie a unui copil cu PC de gradul V conform Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS) (CS):**

- A. Merge fără restricții; dificultăți în mișcările grosiere mai avansate;
- B. Merge cu dispozitive de asistență; dificultăți ale mersului în afara casei și în locurile publice;
- C. Deplasarea de sine stătătoare este limitată; în afara casei și în locuri publice copiii sunt transportați sau se deplasează de sine stătător utilizând scaunul cu roțile electric;
- D. Merge fără dispozitive de asistență; dificultăți ale mersului în afara casei și în locurile publice;
- E. Deplasarea de sine stătătoare este sever limitată, chiar și fiind utilizate tehnologii de asistență.

Răspuns corect: E**27. Ce echipament și utilaj special se folosește pentru poziționarea corectă a corpului (CM):**

- A. Verticalizatorul;
- B. Mingea;
- C. Ruloul,
- D. Premergătorul;
- E. Fotolii ortopedice.

Răspuns corect: ACE**28. Ce fel de echipamente auxiliare pot fi folosite de către copiii cu PC (CM):**

- A. Scaun rulant;
- B. Mergătoare pentru copil sănătos;
- C. Dispozitiv pentru sărituri;
- D. Hamac;
- E. Verticalizator.

Răspuns corect: ADE

29. Care sunt domeniile activității de terapie ocupațională (CM):

- A. Formarea deprinderilor de viață cotidiană;
- B. Formarea capacităților și aptitudinilor pentru muncă;
- C. Formarea abilităților de interacțiune cu alți copii;
- D. Stimularea deprinderilor de motricitate fină;
- E. Educarea abilităților pentru diverse jocuri și petrecerea timpului liber.

Răspuns corect: ABCDE

30. Care sunt formele terapiei ocupaționale aplicate? (CM)

- A. Ludoterapia;
- B. Meloterapia;
- C. Terapia prin dans;
- D. Psihoterapia;
- E. Terapia prin artă.

Răspuns corect: ABCDE

Denumirea cursului: COPILUL CU DIZABILITĂȚI INTELLECTUALE. METODE DE ABILITARE

Tipul cursului: **Perfecționare pentru competență în activitate**

Numărul total de ore – 35 de ore/5 zile

I. Scopul cursului

Dezvoltarea în rândul profesioniștilor din echipele interdisciplinare ale Centrelor de Intervenție Timpurie a abilităților de identificare a semnelor clinice și de asistență a dizabilității intelectuale la copiii de vârstă fragedă.

II. Obiectivele de formare în cadrul cursului

- *La nivel de cunoaștere și înțelegere:*
 - să cunoască semnele clinice ale dizabilității intelectuale la copii de vârstă fragedă;
 - să cunoască metodele de evaluare a inteligenței copiilor de vârstă fragedă conform abordărilor actuale în abilitarea copiilor cu dizabilități intelectuale;
 - să cunoască criteriile de stabilire a diagnosticului de retard mintal;
 - să cunoască prevederile clasificării actuale a dizabilității intelectuale.
- *La nivel de aplicare:*
 - să poată aplica criteriile DSM-5 în diagnosticarea tulburărilor de dezvoltare intelectuală a copilului;
 - să poată utiliza instrumentele de screening în evaluarea dezvoltării cognitive a copilului;
 - să poată interpreta și să poată comunica adecvat părinților/îngrijitorilor rezultatele evaluării dezvoltării;
 - să poată utiliza rezultatele testelor de evaluare în planificarea programelor de abilitare a copiilor cu dizabilitate intelectuală.

III. Conținutul de bază al cursului

A. *Tematici curs teoretic:*

Nr.	Tema	Ore
1.	Dizabilitatea intelectuală a copiilor. Generalități. Evoluția definițiilor. Funcții mentale specifice și globale.	2
2.	Structura cauzală a dizabilităților intelectuale. Criterii de diagnostic și clasificare a dizabilității intelectuale.	3
3.	Sindromul Down – cea mai frecventă cauză a dizabilității intelectuale.	2
4.	Criterii de diagnostic al dizabilității intelectuale în baza Manualului de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5).	3
5.	Evaluarea copilului cu dizabilități intelectuale.	2
6.	Principii de abilitare a copiilor cu dizabilitate intelectuală în cadrul ITC.	2

B. Activități/ lucrări practice:

Nr.	Tema	Ore
1.	Cele mai frecvente cauze ale dizabilității intelectuale: Sindromul Down, Sindromul X Fragil, Williams, Prader Willi. Particularități genetice, clinice, perspectivele dezvoltării. Studii de caz.	3
2.	Criterii de diagnostic și clasificare a dizabilității intelectuale. Aplicarea Manualului de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5).	3
3.	Aplicarea testelor de screening și a celor comprehensive standardizate în evaluarea abilităților intelectuale ale copilului mic. Metode de evaluare a copilului care nu vorbește.	3
4.	Principii de abilitare a copiilor cu dizabilitate intelectuală în cadrul ITC. Abordare interdisciplinară.	3
5.	Evaluarea interacțiunii părinte-copil și dezvoltarea abilităților parentale pozitive pentru stimularea timpurie a dezvoltării. Aplicarea testelor și programelor aprobate la nivel internațional.	3
6.	Terapia ocupațională în abilitarea copilului cu dizabilități intelectuale.	3
7.	Stimularea timpurie a comunicării și managementul tulburărilor de limbaj la copilul cu dizabilități intelectuale.	3

PLANUL TEMATIC DE STUDII AL MEDICILOR LA CURSUL: „COPILUL CU DIZABILITĂȚI INTELLECTUALE. METODE DE ABILITARE”

(PT – pediatri, neuropediatri, asistenți sociali, psihologi, logopezi, psiho-pedagogi, durata – 5 zile/35 de ore)

Nr. d/o	Denumirea temei	Ore/ prelegeri	Ore/lucrări practice	Ore/ Total
1.	Dizabilitatea intelectuală a copiilor. Generalități. Evoluția definițiilor. Funcții mentale specifice și globale.	2		2
2.	Structura causală a dizabilităților intelectuale. Criterii de diagnostic și clasificare a dizabilității intelectuale.	2	3	5
3.	Criterii de diagnostic al dizabilității intelectuale în baza Manualului de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5).	3	3	6
4.	Evaluarea copilului cu dizabilități intelectuale.	2	3	5
5.	Principii de abilitare a copiilor cu dizabilitate intelectuală în cadrul ITC.	3	9	12
6.	Stimularea timpurie a comunicării și managementul tulburărilor de limbaj la copilul cu dizabilități intelectuale.	3	3	6
Total:		14	21	35

Program analitic

Nr. d/o	Conținutul detaliat al cursului
1	Dizabilitatea intelectuală a copiilor. Generalități. Evoluția definițiilor. Funcții mentale specifice și globale Generalități și definiții. Structura causală a dizabilităților intelectuale. Criteriile de diagnostic și clasificare a dizabilității intelectuale. Gradele de severitate a dizabilității intelectuale. Prevalența. Funcții mentale specifice și globale. Inteligența emoțională.
2	Structura causală a dizabilităților intelectuale. Criterii de diagnostic și clasificare a dizabilității intelectuale Sindromul Down, Sindromul X Fragil, Williams, Prader Willi: particularități genetice, clinice, perspectivele dezvoltării. Sindromul alcoolic-fetal, paralizia cerebrală și dizabilitatea intelectuală. Sindromul Down – cea mai frecventă cauză a dizabilității intelectuale. Particularitățile genetice, clinice, perspectivele dezvoltării. Consultul genetic al familiei. Diagnosticul prenatal.
3	Criterii de diagnostic al dizabilității intelectuale în baza Manualului de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5) Principii de aplicare a Manualului de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5). Algoritm diagnosticării tulburărilor mintale la copii.

4	<p>Evaluarea copilului cu dizabilități intelectuale</p> <p>Teste screening de evaluare: testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (<i>Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC</i>), Portage; Teste de apreciere a IQ (Scalele Bayley pentru evaluarea dezvoltării copilului, Test de evaluare a inteligenței – SON-R). Scalele de evaluare a limbajului la preșcolari (<i>Preschool Language Scales, PLS™-5</i>). Chestionar de dezvoltare a limbajului după C. Păunescu. Principii generale de aplicare. Obiectivele, formatul administrării testelor, categoria de vârstă, timpul de administrare, evaluarea scorului. Utilizarea rezultatelor evaluării pentru elaborarea programelor de intervenție timpurie.</p>
5	<p>Principii de abilitare a copiilor cu dizabilitate intelectuală în cadrul ITC</p> <p>Programe de abilitare a copilului cu dizabilități intelectuale. Terapia ocupațională (ergoterapia) pentru copilul cu dizabilități. Jocul ca activitate fundamentală a copilului. Ludoteca, Meloterapia și alte metode de abilitare. Evaluarea interacțiunii părinte-copil și dezvoltarea abilităților parentale pozitive pentru stimularea timpurie a dezvoltării. Aplicarea testelor și programelor aprobate la nivel internațional.</p>
6	<p>Stimularea timpurie a comunicării și managementul tulburărilor de limbaj la copilul cu dizabilități intelectuale</p> <p>Tulburări frecvente de limbaj la copiii cu dizabilități intelectuale. Principiile generale de abilitare a copilului cu tulburări de limbaj și vorbire. Rolul familiei. Comunicarea augmentativă.</p>

SUBIECTE / ÎNTREBĂRI PENTRU EVALUAREA CUNOȘTIINȚELOR

1. Criteriile de diagnostic al dizabilităților intelectuale.
2. Gradele de severitate a dizabilității intelectuale.
3. Care este prevalența dizabilității intelectuale?
4. Funcții mentale specifice și globale.
5. Ce este inteligența emoțională?
6. Structura cauzală a dizabilității intelectuale.
7. Baza Sindromului Down.
8. Caracteristicile dezvoltării copilului cu Sindrom Down.
9. Screening-ul intrauterin al Sindromului Down.
10. Investigațiile periodice de care are nevoie un copil cu Sindrom Down.
11. Există metode de tratament farmaco-terapeutic al Sindromului Down?
12. Particularitatea genetică în Sindromul X fragil.
13. Particularitățile de dezvoltare a copilului cu Sindrom X fragil.
14. Instrumentul de bază pentru diagnosticul dizabilității intelectuale.
15. Stările patologice în care se constată dizabilitatea intelectuală.
16. Ariile de dezvoltare a copilului, care necesită a fi evaluate în caz de suspectare a dizabilității intelectuale.
17. Care arii de dezvoltare a copilului vor fi evaluate aplicând Scalele Bayley pentru evaluarea dezvoltării copilului?
18. Evaluarea inteligenței unui copil care nu vorbește.
19. Obiectivele evaluării inteligenței copilului.
20. Serviciile în cadrul ITC prestate copiilor cu dizabilitate intelectuală.
21. Domeniile activității de terapie ocupațională.
22. Formele terapiei ocupaționale aplicate.
23. Rolul factorilor parentali și al factorilor de mediu în dezvoltarea copilului.
24. Evaluarea abilităților de comunicare a copilului.
25. Tulburările frecvente de limbaj la copiii cu dizabilități intelectuale.
26. Ne pot servi rezultatele evaluării abilităților intelectuale ale copilului?

Deprinderi practice:

- utilizarea Manualului de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale, DSM-5;
- elaborarea recomandărilor și Planului Individual de Suport al Familiei cu copil cu dizabilități intelectuale.

TESTE DE CONTROL

1. Care dintre metodele enumerate măsoară inteligența copilului? (CS)

- A. Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*);
- B. Testul standardizat de evaluare a mediului (*The Home Observation for Measurement of the Environment/Infant/Toddler, HOME*);
- C. Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT);
- D. Teste de apreciere a IQ (Scalele Bayley pentru evaluarea dezvoltării copilului, Test de evaluare a inteligenței – SON-R);
- E. Testul de screening pentru autism M-CHAT.

Răspuns corect: D

2. La ce vârstă putem evalua abilitățile de comunicare ale copilului? (CS)

- A. Din primele luni de viață;
- B. Din momentul când sunt pronunțate primele cuvinte;
- C. Doar începând cu vârsta de 12 luni;
- D. Doar de la vârsta de 3 ani;
- E. Doar de la vârsta de 4 ani.

Răspuns corect: A

3. La ce ne pot servi rezultatele evaluării abilităților intelectuale ale copilului? (CM)

- A. Pentru elaborarea Planului Individual de Suport al Familiei (PISF);
- B. Pentru monitorizarea progreselor în dezvoltare;
- C. Pentru evaluarea eficienței programului de abilitare;
- D. Pentru a documenta gradul de autonomie a copilului;
- E. Pentru a estima volumul asistenței acordate copilului.

Răspuns corect: ABCD

4. Indicați principiile corecte privind factorii importanți în stimularea dezvoltării copilului pe care se bazează ITC (CM):

- A. Familia deține rolul cel mai important în stimularea dezvoltării copilului;
- B. Rolul primordial al anturajului și familiei în dezvoltarea copilului;
- C. Principiile fundamentale ale ITC presupun instruirea părinților, implicarea lor în procesul de abilitare a copilului cu dificultăți de dezvoltare;

- D. Fortificarea capacităților parentale este realizată în cadrul serviciilor de ITC;
- E. Nivelul dezvoltării intelectuale și a tuturor proceselor cognitive etc. depinde în mare măsură de condițiile de educație în familie.

Răspuns corect: ABCD

5. Care este particularitatea genetică a Sindromului X fragil? (CS)

- A. Absența cromozomului X din genom;
- B. Metilarea locusului FMR1 în banda Xq27.3 produce o construcție a cromatidelor care se observă la microscop ca un situs fragil;
- C. Prezența unui cromozom X suplimentar;
- D. Prezența mutațiilor în perechile de cromozomi 20 și 21;
- E. Boala apare în urma unei mutații genetice pe unul din cei doi cromozomi 7.

Răspuns corect: B

6. Care patologii pot fi asociate cu dizabilitatea intelectuală? (CM)

- A. Sindromul Down;
- B. Sindromul X Fragil;
- C. Sindromul Williams;
- D. Sindromul Prader Willi;
- E. Cornelia de Lange.

Răspuns corect: ABCD

7. Care sunt particularitățile de dezvoltare a copilului cu Sindrom X fragil? (CM)

- A. Întârziere marcată în dezvoltarea limbajului;
- B. Dezvoltarea motorie care e relativ normală;
- C. Comportament autist;
- D. Hiperactivitate și deficit de atenție;
- E. Inteligență foarte înaltă.

Răspuns corect: ABCD

8. Care sunt semnele dismorfismului facial la copiii cu Sindrom X fragil? (CM)

- A. Față alungită cu fruntea înaltă;
- B. Urechi mari/proeminente;
- C. Față mongoloidă;
- D. Față aplatizată;
- E. Maxilar inferior proeminent.

Răspuns corect: ABE

9. Ce este inteligența emoțională? (CM)

- A. Afectarea funcțiilor mintale superioare;
- B. Abilitatea de a percepe emoțiile personale și emoțiile altora;
- C. Capacitatea de a folosi emoțiile pentru a facilita performanța;
- D. Înțelegerea și cunoașterea emoțiilor;
- E. Gestionarea emoțiilor personale și emoțiilor altor persoane.

Răspuns corect: BCDE

10. Ce abilități presupune inteligența emoțională? (CM)

- A. Autoconștiință – cunoașterea emoțiilor personale, recunoașterea sentimentelor atunci când ele apar și diferențierea lor.
- B. Controlul dispoziției – capacitatea de a-și stăpâni emoțiile, făcându-le să corespundă situației date și producerea unei reacții adecvate.
- C. Automotivare – direcționarea emoțiilor personale spre un scop, în ciuda lipsei de încredere în sine, inerției și impulsivității.
- D. Empatie – recunoașterea sentimentelor altora, în corespundere cu aluziile lor verbale și non-verbale.
- E. Menținerea relațiilor – păstrarea interacțiunii interpersonale; capacitatea de a soluționa conflictele și de a purta negocieri.

Răspuns corect: ABCD

11. Care este instrumentul de bază pentru diagnosticul dizabilității intelectuale? (CS)

- A. Testul de screening pentru autism M-CHAT;
- B. Programul de observație pentru diagnosticul autismului – Testul ADOS-2;
- C. Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*);
- D. Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5);
- E. Testul de Evaluare Pediatrică a Dizabilității (*Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI-CAT*).

Răspuns corect: D

12. Care sunt gradele dizabilității intelectuale? (CM)

- A. Ușor;
- B. Moderat;
- C. Sever;
- D. Foarte sever;
- E. Profund.

Răspuns corect: ABCE

13. Care sunt domeniile activității de terapie ocupațională? (CM)

- A. Formarea deprinderilor de viață cotidiană;
- B. Formarea capacităților și aptitudinilor pentru muncă;
- C. Formarea abilităților de interacțiune cu alți copii;
- D. Stimularea deprinderilor de motricitate fină;
- E. Educarea abilităților pentru diverse jocuri și petrecerea timpului liber.

Răspuns corect: ABCDE

14. Care sunt formele terapiei ocupaționale aplicate (CM):

- A. Ludoterapia;
- B. Meloterapia;
- C. Terapia prin dans;
- D. Psihoterapia;
- E. Terapia prin artă.

Răspuns corect: ABCDE

15. Ce modificări/tulburări genetice stau la baza Sindromului Down? (CM)

- A. Prezența a 2 cromozomi Y;
- B. Prezența mai multor mutații în perechea 21 de cromozomi;
- C. Prezența unui cromozom suplimentar în perechea 21;
- D. Prezența a două tipuri de celule cu 46 de perechi de cromozomi și cu 47 de cromozomi (un cromozom în plus în perechea 21);
- E. Alipirea eronată a unui fragment din cromozomul 21 de un alt cromozom – 13, 14, 15, 21.

Răspuns corect: CDE

16. Indicați care sunt caracteristicile specifice dezvoltării copilului cu Sindrom Down (CM):

- A. Nivel de inteligență subnormal;
- B. Ritm mai încetinit de dezvoltare cognitivă;
- C. Ritm mai încetinit de dezvoltare motorie;
- D. Reținere în dezvoltarea limbajului;
- E. Comportament agresiv.

Răspuns corect: ABCD

17. Indicați care examinări/investigații pot fi sugestive pentru Sindromul Down în perioada prenatală (CM):

- A. Testarea translucidenței nucale;
- B. Aprecierea lactat-dehidrogenazei;

- C. Testarea alfa-fetoproteinei plasmatice;
- D. Biopsia vilozităților corionice;
- E. Amniocenteza.

Răspuns corect: ACDE

18. Selectați afirmația corectă privind tratamentul medicamentos (CM):

- A. Tratamentul homeopatic este eficient.
- B. Terapia medicamentoasă nu este utilizată în tratamentul Sindromului Down.
- C. Medicamentele se folosesc pentru a trata bolile asociate.
- D. Tratamentele psihostimulatoare au efect pozitiv.
- E. Nootropele sunt cele mai eficiente.

Răspuns corect: BC

19. Indicați care arii ale dezvoltării copilului vor fi evaluate aplicând Scalele Bayley pentru evaluarea dezvoltării copilului (CM):

- A. Scala Cognitivă;
- B. Scala Lingvistică (receptivă, expresivă);
- C. Scala Motorie (motricitatea fină și motricitatea grosieră);
- D. Scala Socio-emoțională;
- E. Comportamentul adaptativ.

Răspuns corect: ABCD

20. Indicați care sunt criteriile de diagnostic al dizabilității intelectuale (CM):

- A. Tulburări ale funcției motorii;
- B. IQ sub 70;
- C. Limitare semnificativă a cel puțin 2 funcții de adaptare;
- D. Debut înainte de 18 ani;
- E. Prezența anomaliilor congenitale ale creierului.

Răspuns corect: BCD

21. Indicați afirmația corectă privind coeficientul (cota) de inteligență IQ (CS):

- A. Este scorul sumar al aplicării Scalelor Bayley de inteligență.
- B. Este rezultatul evaluării deviației de la normele standard de dezvoltare cognitivă.
- C. Este raportul dintre talie și greutatea copilului.
- D. Reprezintă raportul dintre vârsta mentală și vârsta cronologică înmulțit la 100.
- E. Este echivalentul vârstei mentale a copilului exprimat în luni.

Răspuns corect: D

22. Indicați pentru ce pot servi rezultatele evaluărilor inteligenței copilului (CM):

- A. Pentru elaborarea Planului Individual de Suport al Familiei (PISF);
- B. Pentru monitorizarea progreselor în dezvoltare;
- C. Pentru evaluarea eficienței programului de abilitare;
- D. Pentru a documenta gradul de autonomie a copilului;
- E. Pentru a estima volumul asistenței acordate copilului.

Răspuns corect: ABCD**23. Indicați la ce vârstă putem evalua abilitățile de comunicare ale copilului (CS):**

- A. Începând cu primele luni de viață;
- B. După primul an de viață;
- C. După 24 de luni de viață;
- D. Abia după vârsta de 3 ani;
- E. Doar când copilul posedă limbajul.

Răspuns corect: A**24. Indicați ce servicii din cadrul ITC vor fi prestate copiilor cu dizabilitate intelectuală (CM):**

- A. Terapie ocupațională individuală;
- B. Terapie individuală în grup;
- C. Stimularea timpurie a comunicării;
- D. Terapie fizică;
- E. Terapie cu delfini.

Răspuns corect: ABC**25. Care dintre afirmațiile privind dizabilitatea intelectuală sunt corecte? (CM)**

- A. Termenul de „dizabilitate intelectuală” (DI) a înlocuit termenul de „retard mintal” și se referă la un grup de devieri semnificative ale funcțiilor intelectuale și ale capacităților de adaptare cu un debut în perioada copilăriei.
- B. Termenul de „retard mintal” este sinonim cu termenul „dizabilitate intelectuală” și nu trebuie evitat.
- C. Termenul de „retard mintal” trebuie evitat din cauza potențialului stigmatizant și al orientării pe deficiență.
- D. Termenul de „dizabilitate intelectuală” este orientat preferențial spre excepționalitatea funcției cognitive.
- E. Termenul de „dizabilitate intelectuală” este orientat preferențial spre carența cognitivă.

Răspuns corect: ACD

26. Ce forme de dizabilitate intelectuală există și care sunt criteriile de diagnostic? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. O cotă de inteligență (IQ) de 50-55 – 70 presupune o formă ușoară a DI.
- B. O cotă de inteligență de 55-50 până la 35-40 presupune o formă moderată a DI.
- C. O cotă de inteligență de 35-40 până la 20-25 presupune o formă severă a DI.
- D. O cotă de inteligență de 20-25 și mai puțin presupune o formă de DI profundă.
- E. În cazul când copilului nu i se poate aplica niciun test de evaluare a IQ, dar sunt prezente semne certe de dizabilitate intelectuală, se distinge și forma de „dizabilitate de o severitate nespecificată”.

Răspuns corect: ABCD**27. Selectați afirmațiile corecte cu referire la funcțiile de adaptare (CM):**

- A. O submedie semnificativă a funcțiilor de adaptare presupune un grad de tulburare cognitivă, care afectează funcțiile necesare pentru viața de zi cu zi.
- B. Criteriile de stabilire a gradului de limitare a funcției de adaptare sunt identice conform diferitor surse.
- C. O tulburare semnificativă a funcției de adaptare se constată în cazul afectării a 2 din 10 domenii: comunicare, autoîngrijire, viață independentă, abilități sociale și interpersonale, utilizarea resurselor comunitare, autodirecționate, reușita academică, activitatea, odihna, sănătatea și securitatea.
- D. O tulburare semnificativă a funcției de adaptare se consideră prezentă în cazul afectării unuia din cele trei domenii largi de abilități/dexterități: domeniul conceptual, social sau practic.
- E. Copilul cu sindromul Asperger, cu un IQ de peste 100, copilul cu sindromul de deficit de atenție/tulburări de hiperactivitate sau chiar copilul cu o dezvoltare intelectuală tipică ar putea avea probleme de adaptare.

Răspuns corect: ACDE**28. Cum se stabilește gradul de dizabilitate intelectuală? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. Stabilirea gradului de dizabilitate se face doar în baza cotei de inteligență, după gradul de deficiență a IQ.
- B. Stabilirea gradului de dizabilitate doar în baza cotei de inteligență ar putea genera erori.
- C. Clasificarea dizabilității se face după gradul de suport necesar persoanei.
- D. Clasificarea dizabilității după gradul de suport necesar nu generează dificultăți de distincție dintre dizabilitățile intelectuale și alte dizabilități de dezvoltare (autism, dizabilități specifice de învățare, tulburări de comunicare etc.).
- E. În locul clasificării în grade de deficiență se propun niveluri de suport: intermitent, limitat, extensiv, de durată.

Răspuns corect: ABCE

29. Care sunt cauzele mai frecvente ale dizabilităților intelectuale? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Dizabilitățile intelectuale ușoare (IQ >50-70), în majoritatea cazurilor, sunt condiționate de factorii de mediu sau de interacțiunea factorilor genetici cu factorii de mediu.
- B. DI ușoară se întâlnește de circa 4 ori mai frecvent la copiii mamelor care nu au studii superioare.
- C. Dizabilitățile intelectuale ușoare au și cauze specifice.
- D. Dizabilitățile intelectuale ușoare nu au cauze specifice.
- E. Afecțiunile cromozomiale sau genice, prematuritatea, accidentele vasculare perinatale, expunerea intrauterină la substanțe toxice pot conduce la dizabilități intelectuale ușoare.

Răspuns corect: ABCE

30. Care este tratamentul și conduita dizabilității intelectuale? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Dizabilitățile intelectuale nu au tratament, dar unele tulburări mintale au origine biologică și ar putea fi tratate cu medicamente.
- B. În conduita copiilor cu DI pot fi folosite unele medicamente doar cu un scop foarte clar: medicamente stimulante – în cazul sindromului deficitului de atenție/hiperactivității; neuroleptice – în cazul agresiunii și automutilării; inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (antidepresante) – în cazul anxietății etc.
- C. Tulburările comportamentale ar putea fi o manifestare a frustrării copilului, încercarea lui de a comunica, de a atrage atenția.
- D. Conduita copiilor cu DI va fi urmărită de către echipa multidisciplinară (medicul de familie, pediatrul consultant, psihologul, psihiatrul și alți specialiști), de către echipa transdisciplinară de ITC (în primii 3-4 ani de viață) și de către serviciul psihopedagogic și de educație incluzivă în perioada de preșcolar și școlar.
- E. Suportul familiei constituie punctul-cheie în cazul copiilor cu DI.

Răspuns corect: ABCD

31. Care sunt caracteristicile specifice unui copil cu Sindrom Down? Selectați afirmațiile corecte: (CM)

- A. Profil facial plat;
- B. Fisuri palpebrale oblice;
- C. Pavilioanele urechilor aberante;
- D. Hipotonie;
- E. Reflex Moro redus.

Răspuns corect: ABCD

32. Care sunt caracteristicile specifice unui copil cu Sindrom Down (SD)? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Displazia falangei medii la al cincilea deget;
- B. Cuta transversală palmară;
- C. Exces de piele la ceafă (la examenul ultrasonor se poate depista translucența nucală);
- D. Hiperflexibilitatea articulațiilor;
- E. Displazia bazinului.

Răspuns corect: ABCD**33. Care sunt factorii de risc pentru nașterea unui copil cu Sindrom Down? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. Riscul nașterii unui copil cu SD este corelat și cu starea de sănătate a femeii înaintea sarcinii și în timpul acesteia.
- B. Mamele copiilor cu SD au avut tendința spre boli mai serioase înainte de concepție și au folosit mai multe medicamente înainte de concepție.
- C. Intervalele scurte dintre sarcini au fost relaționate cu creșterea incidenței SD.
- D. În cazul în care un părinte este purtător al genei de translocare pentru SD.
- E. Familiile cu istorii de boală Alzheimer sunt mai susceptibile de a avea urmași cu SD.

Răspuns corect: ABCD**34. Ce schimbări genetice stau la baza Sindromului Down și ce forme ale acestuia pot fi observate? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. Există două tipuri suplimentare de SD: trisomia parțială 21 și mozaicismul.
- B. Trisomia parțială este o formă frecventă de SD (estimările variază de la 90% la 95%) și implică o triplare a unei piese a cromozomului 21.
- C. Trisomia parțială este o formă rară de SD (estimările variază de la 1% la 5%).
- D. A doua cauză suplimentară a SD este mozaicismul, în cazul în care un cromozom 21 în plus este prezent în circa 50% de celule; severitatea fenotipului SD nu este legată de procentul de mozaicism.
- E. A doua cauză suplimentară a SD este mozaicismul (care afectează aproximativ 1-4% din indivizi), care apare atunci când un cromozom 21 în plus este prezent în unele, dar nu în toate celulele din organism și, de regulă, fenotipul este mai blând decât prin trisomia 21.

Răspuns corect: ACE**35. Există metode de diagnostic al Sindromului Down în timpul sarcinii? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. Da, există mai multe metode de diagnostic antenatal.
- B. Amniocenteza este o metodă importantă de diagnostic cu o acuratețe a testului apropiată de 100%.

- C. Examenul ultrasonor cu aprecierea lungimii mâinilor și a gâtului fătului, corelate cu riscul legat de vârsta mamei, cu acuratețea testului de circa 80%.
- D. Alfa-fetoproteina scăzută, gonadotropina corionică sporită și estriolul neconjugat redus – toate au fost identificate ca markeri pentru Sindromul Down.
- E. Alfa-fetoproteina scăzută, gonadotropina corionică sporită, estriolul neconjugat redus nu sunt markeri pentru Sindromul Down.

Răspuns corect: ABCD

36. De ce investigații are nevoie un copil cu Sindrom Down? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Studiul cariotipului este necesar, chiar dacă semnele clinice sunt clasice; scopul lui este de a aprecia tipul Sindromului Down.
- B. Screening-ul pentru hipotiroidie se face în perioada neonatală.
- C. Examenul cardiologic, inclusiv cel ecocardiografic, se recomandă în primele 6 luni de viață ale copilului.
- D. Examenul audiologic, inclusiv timpanograma, se recomandă în primele 6 luni de viață ale copilului.
- E. Examenul oftalmologic se va face la naștere, la vârsta de 3 luni, apoi anual.

Răspuns corect: ABCD

37. Există metode de tratament al Sindromului Down? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Nu există dovezi suficiente despre efectul pozitiv al megadozelor de vitamine sau al exercițiilor fizice speciale asupra evoluției dezvoltării Sindromului Down.
- B. Intervenția chirurgicală se indică în unele forme de angiocardiopatie congenitală.
- C. Terapia hormonală se recomandă în hipotireoidism.
- D. Hipotireoidismul neonatal este o stare de tranziție la copilul cu Sindrom Down și nu necesită tratament.
- E. Programe de stimulare a dezvoltării sunt eficiente pentru sugarul și copilul mic cu Sindrom Down.

Răspuns corect: ABCE

Denumirea cursului: CURS DE INIȚIERE ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIETipul cursului: **Perfecționare pentru competență în activitate****Numărul total de ore** – 35 de ore/5 zile**1. Scopul cursului**

Dezvoltarea în rândul specialiștilor din sectorul primar de servicii medicale a abilităților de identificare timpurie a potențialilor beneficiari de servicii de intervenție timpurie.

2. Obiectivele de formare în cadrul cursului

- *La nivel de cunoaștere și înțelegere:*
 - să cunoască rețeaua/modelul de servicii de intervenție timpurie la nivel primar, secundar, terțiar;
 - să cunoască criteriile de eligibilitate pentru servicii, mecanismul de referire, principiile de bază ale detectării tulburărilor de dezvoltare;
 - să cunoască principiile de evaluare a dezvoltării copiilor de vârstă fragedă;
 - să cunoască abordările contemporane în abilitarea copiilor cu tulburări de dezvoltare/dizabilitate sau risc sporit;
 - să cunoască ce tip de suport interdisciplinar trebuie să ofere familiei.
- *La nivel de aplicare:*
 - să posede abilități de depistare timpurie a copiilor cu tulburări de dezvoltare sau risc sporit;
 - să refere familiile către serviciile de intervenție timpurie raionale;
 - să poată crea o bază de date pentru a ține evidența beneficiarilor de programe de intervenție timpurie;
 - să poată participa la realizarea Planului Individual de Suport al Familiei;
 - să poată asigura colaborarea eficientă dintre familie, veriga de asistență medicală primară și serviciile de intervenție timpurie.

3. Conținutul de bază al cursuluiA. *Tematici curs teoretic:*

Nr.	Tema	Ore
1.	Fundamente științifice ale Intervenției Timpurii în Copilărie (ITC). Modele de servicii de ITC, experiențe naționale și internaționale. Dezvoltarea serviciului de Intervenție Timpurie în Copilărie în Republica Moldova.	2
2.	Tipuri de servicii de ITC. Organizarea serviciilor de ITC. Criterii de eligibilitate pentru servicii de ITC. Managementul de caz.	2
3.	Echipa interdisciplinară în cadrul serviciilor de ITC. Familia – membru important al echipei interdisciplinare. Activități de suport al familiei. Instruirea familiei în cadrul ITC.	3
4.	Dezvoltarea copilului în primii ani de viață. Tulburări de neurodezvoltare. Cauzele principale ale dizabilității în cadrul ITC. Caracteristica grupurilor de bază.	3

5.	Tulburarea de spectru autist (TSA). Depistare timpurie. Testul de screening pentru autism (M-CHAT), Programul de Observație pentru Diagnosticul Autismului-2 (ADOS-2 Autistic diagnostic observation schedule). Principii generale de conduită a copilului cu tulburări de spectru autist. Discuții de caz.	2
6.	Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC. Teste standardizate utilizate frecvent în evaluarea dezvoltării copilului în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie.	2

B. Activități/lucrări practice:

Nr.	Tema	Ore
1.	Consult primar al copiilor eligibili pentru ITC în echipa interdisciplinară. Obiectivele consultului primar. Rolul diferitor specialiști. Master-class.	3
2.	Elaborarea Planului Individual de Suport al Familiei. Studii de caz – discutarea managementului copilului cu Paralizie Cerebrală, Sindrom Down, TSA, tulburări de vorbire, prematuritate etc. în cadrul ITC.	3
3.	Organizarea serviciului logopedic și de stimulare timpurie a comunicării în cadrul ITC. Activități de stimulare timpurie a comunicării. Comunicarea augmentativă. Viziunea generală privind instrumentele de evaluare a comunicării și limbajului.	3
4.	Activități de terapie ocupațională individuală și de grup. Aplicarea instrumentelor de evaluare a interacțiunilor părinților cu copiii pentru dezvoltarea timpurie armonioasă. Jocul – activitate de bază în educația copilului. Master-class. Studiu de caz.	3
5.	Proceduri și activități kinetoterapeutice specifice diferitor tulburări de neurodezvoltare. Abordarea copilului cu spasticitate și hipotonie. Stimularea senzorială. Ortezarea, indicații, tehnica. Adaptarea mediului dezvoltativ pentru copil la domiciliu. Utilizarea rațională a echipamentelor auxiliare în funcție de gradul de dizabilitate la copii. Noțiuni generale privind metodele de evaluare a tulburărilor motorii la copil.	3
6.	Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie. Aplicarea testelor de screening de evaluare a dezvoltării copiilor de vârstă fragedă și aprecierea eligibilității pentru servicii de intervenție timpurie.	3
7.	Principiile de bază în asistența psihologică a familiei cu copii cu dizabilități. Particularități psihologice ale familiei. Colaborarea cu familia în cadrul ITC. Metode de evaluare: evaluarea calității vieții familiei. Consilierea fraților și surorilor în cadrul ITC.	3

PLANUL TEMATIC DE STUDII LA CURSUL: „CURS DE INIȚIERE ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE ÎN COPILĂRIE”

(PT – medici de familie, asistenți ai medicului de familie implicați în activitatea Cabinetului Copilului Sănătos, durata – 5 zile/35 de ore)

Nr. d/o	Denumirea temei	Ore/ prelegeri	Ore/lucrări practice	Ore/ Total
1.	Fundamente științifice ale Intervenției Timpurii în Copilărie (ITC). Modele de servicii de ITC, experiențe naționale și internaționale. Dezvoltarea serviciului de Intervenție Timpurie în Copilărie în Republica Moldova.	2		2
2.	Tipuri de servicii de ITC. Organizarea serviciilor de ITC. Criterii de eligibilitate pentru servicii de ITC. Managementul de caz.	2	9	11
3.	Echipa interdisciplinară în cadrul serviciilor de ITC. Familia – membru important al echipei interdisciplinare. Activități de suport al familiei. Instruirea familiei în cadrul ITC.	3	6	9
4.	Dezvoltarea copilului în primii ani de viață. Tulburări de neurodezvoltare. Cauzele principale ale dizabilității în cadrul ITC. Caracteristica grupurilor de bază.	3	3	6
5.	Tulburarea de spectru autist (TSA). Depistare timpurie. Manifestări clinice. Principii generale de conduită a copilului cu tulburări de spectru autist	2		2
6.	Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC. Teste standardizate, utilizate frecvent în evaluarea dezvoltării copilului în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie.	2	3	5
Total:		14	21	35

Program analitic

Nr. d/o	Conținutul detaliat al cursului
1	<p>Fundamente științifice ale Intervenției Timpurii în Copilărie (ITC). Modele de servicii de ITC, experiențe naționale și internaționale. Dezvoltarea serviciului de Intervenție Timpurie în Copilărie în Republica Moldova.</p> <p>Definiții reactualizate ale intervenției timpurii în copilărie. Istoricul dezvoltării sistemelor de ITC în diferite țări. Cadrul legal național pentru dezvoltarea serviciului ITC în Republica Moldova. Modelul organizării rețelei de servicii ITC în Republica Moldova. Beneficiarii serviciului de ITC. Codul de etică în Intervenția Timpurie în Copilărie. Principii moderne de evaluare a dizabilității cu aplicarea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT).</p>

2	<p>Tipuri de servicii de ITC. Organizarea serviciilor de ITC. Criterii de eligibilitate pentru serviciile de ITC. Managementul de caz.</p> <p>Organigrama. Structura beneficiarilor. Lista serviciilor. Consultul primar al copiilor eligibili pentru ITC de către echipa interdisciplinară. Coordonatorul/managerul de caz. Documentarea cazului, interconexiunea cu toate verigile de asistență a copilului și familiei. Elaborarea Planului Individual de Suport al Familiei. Organizarea serviciului medical-consultativ, logopedic, kinetoterapeutic, psihologic, psiho-pedagogic și de asistență socială în cadrul ITC. Managementul copilului cu PC, Sindrom Down, TSA, tulburări de vorbire, prematuritate etc. în cadrul ITC. Programe de supraveghere și abilitare a sugarului și copilului mic născut prematur (programe de follow-up neonatal).</p>
3	<p>Echipe interdisciplinară în cadrul serviciilor de ITC. Familia – membru important al echipei interdisciplinare. Activități de suport al familiei. Instruirea familiei în cadrul ITC.</p> <p>Cooperarea transdisciplinară – fundamentul abordării holistice în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie. Avantajele modelului transdisciplinar. Componenta echipei interdisciplinare. Repartizarea rolurilor membrilor echipei interdisciplinare. Parteneriatul cu familia. Rolul familiei în intervenția timpurie. Progrese în intervenția timpurie pentru dezvoltarea limbajului și a comunicării. Rolul calității interacțiunii părinte-copil pentru stimularea dezvoltării copilului. Introducere în metode de evaluare a interacțiunii părinte-copil și programe de intervenție (Evaluarea Interacțiunilor Părinților cu Copiii – <i>Checklist of Observations Linked to Outcomes, PICCOLO</i>, Programul Internațional de dezvoltare a copilului – <i>International Child Developmental Program, ICDP</i>).</p>
4	<p>Dezvoltarea copilului în primii ani de viață. Tulburări de neurodezvoltare. Cauzele principale ale dizabilității în cadrul ITC. Caracteristicile grupurilor de bază.</p> <p>Reperete de bază ale dezvoltării copiilor în primii ani de viață. Perioada intrauterină (corespunde lunilor de sarcină petrecute în uterul mamei). Perioada de nou-născut (de la naștere până la 28 de zile postpartum). Perioada de sugar (28 de zile-1 an). Perioada de copil mic sau de ante-preșcolar (1-3 ani). Evaluarea neurologică Amiel Tisson. Dezvoltarea din perspectiva de învățare. Dezvoltarea socio-emoțională – influențe genetice și de mediu. Dezvoltarea comportamentului pro-social. Dezvoltarea emoțională. Dezvoltarea motorie. Dezvoltarea cognitivă. Cauzele principale ale dizabilității în cadrul ITC. Caracteristicile grupurilor de bază.</p>
5	<p>Tulburarea de spectru autist (TSA). Depistare timpurie. Manifestări clinice. Principii generale de conduită a copilului cu tulburări de spectru autist.</p> <p>Definiții. Maturi și dovezi științifice privind etiologia cauzală și factorii de risc. Rolul factorilor genetici. Criterii de diagnostic conform Manualului de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale – DSM-5. Testul de screening pentru autism (M-CHAT), Programul de Observație pentru Diagnosticul Autismului, ADOS-2 (<i>Autistic diagnostic observation schedule</i>). Semne timpurii, manifestări clinice caracteristice. Comorbidități. Rolul medicului de familie în identificarea timpurie a TSA. Principii generale de conduită a copilului cu tulburări de spectru autist. Studii de caz.</p>
6	<p>Evaluarea dezvoltării copilului în cadrul ITC. Teste standardizate utilizate frecvent în evaluarea dezvoltării copilului în cadrul Intervenției Timpurii în Copilărie.</p> <p>Evaluarea inițială a copilului. Aplicarea testelor de screening pentru evaluarea dezvoltării copiilor de vârstă fragedă și aprecierea eligibilității pentru serviciile de intervenție timpurie. Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (<i>Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC</i>). Testul de Evaluare Pediatrică a Dizabilității (Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI-CAT). Sistemul de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS). Testul de screening pentru autism (M-CHAT). Scalele Bayley pentru evaluarea dezvoltării copilului. Scalele de evaluare a limbajului la preșcolari (<i>Preschool Language Scales</i>). Aplicarea testului de evaluare a interacțiunilor părinte-copil (Evaluarea Interacțiunilor Părinților cu Copiii / <i>Checklist of Observations Linked to Outcomes, PICCOLO</i>); Programul Internațional de dezvoltare a copilului – <i>International Child Developmental Program – ICDP</i> în planificarea activităților cu familia. Jocul – activitate de bază în educarea copilului. Reevaluarea progreselor. Obiectivele, formatul administrării testelor, categoria de vârstă, timpul de administrare, scorarea. Utilitatea rezultatelor pentru planificarea intervențiilor timpurii și ajustarea Planului Individual de Suport al Familiei.</p>

SUBIECTE / ÎNTREBĂRI PENTRU EVALUAREA CUNOȘTIINȚELOR

1. Ce este Intervenția Timpurie în Copilărie (ITC) și prin ce se deosebește de abilitarea timpurie a copilului?
2. Ce abordări fundamentale stau la baza intervenției timpurii în copilărie?
3. Care sunt principiile de bază ale ITC?
4. Ce înseamnă „servicii centrate pe familie”?
5. Ce reprezintă modelul parental de Intervenție Timpurie în Copilărie?
6. Ce specialiști fac parte din echipa de ITC și care sunt responsabilitățile lor?
7. Ce rol joacă managerul de caz în serviciile de ITC?
8. Ce presupune abordarea transdisciplinară în ITC?
9. Cine sunt beneficiarii ITC?
10. Actele normative privind organizarea și funcționarea serviciilor de ITC în Republica Moldova.
11. Interacțiunea dintre factorii care stau la baza dizabilității unui individ, conform Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT).
12. Indicați diferența dintre Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT) și Clasificarea Internațională a Maladiilor CIM-10.
13. Ce numim evaluare autentică a dezvoltării copilului?
14. Ce numim evaluare a dezvoltării copilului bazată pe criterii?
15. Ce tipuri de suport acordat familiilor presupune serviciul de ITC?
16. Ce rol are Planul Individual de Suport al Familiei?
17. Care sunt rezultatele așteptate și obiectivele serviciilor de ITC?
18. Ce teste de screening se pot utiliza pentru evaluarea diferitor arii de dezvoltare a copilului mic?
19. Care este definiția Paraliziei Cerebrale (PC)?
20. Care este semnificația aplicativă a Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS)?
21. Care sunt criteriile de excludere a diagnosticului PC conform „Arborelui de decizie în stabilirea diagnosticului de Paralizie Cerebrală”?
22. Care sunt cauzele cele mai frecvente ale PC?
23. Care sunt subtipurile Paraliziei Cerebrale?
24. Care sunt cele mai frecvente comorbidități în PC?

25. Care sunt serviciile de ITC, pentru care este eligibil copilul cu PC?
26. Ce schimbări genetice stau la baza Sindromului Down?
27. Care sunt cele mai distincte caracteristici ale dezvoltării copilului cu Sindrom Down?
28. Cum se realizează screening-ul intrauterin al Sindromului Down?
29. De ce investigații periodice are nevoie un copil cu Sindrom Down?
30. Există anumite metode de tratament farmaco-terapeutic al Sindromului Down?
31. Ce reprezintă tulburările de spectru autist (TSA)?
32. Care este cauza TSA prin prisma cercetărilor de ultimă oră?
33. Care este prevalența TSA?
34. Care este vârsta recomandată pentru aplicarea testului de screening M-CHAT?
35. Care sunt pașii de management în cazul când testul M-CHAT indică un risc înalt de autism?
36. Care sunt pașii de management în cazul când testul M-CHAT indică un risc scăzut de autism?
37. Care sunt semnele de alarmă pentru diagnosticul de tulburare de spectru autist la copii în primele luni de viață?
38. Criteriile clinice de bază pentru diagnosticul autismului.
39. Ce examene de laborator și instrumentale au pondere diagnostică în TSA?
40. Care sunt instrumentele de diagnostic al TSA?
41. Ce arii de dezvoltare examinează Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*)?
42. Pentru care categorii nosologice este aplicată evaluarea funcției grosiere – testul de evaluare GMFM?
43. Care este frecvența optimală a reevaluărilor dezvoltării unui copil cu PC de gradul II, conform Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS)?
44. Care sunt elementele de bază ce necesită a fi evaluate în relația părinte-copil?

Deprinderi practice:

- Aplicarea testului de screening pentru autism M-CHAT și interpretarea rezultatelor;
- Aplicarea Sistemului de clasificare funcțională a funcției motorii grosiere în Paralizia Cerebrală (GMFCS);
- Aplicarea Testului de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*);
- Aplicarea testului de evaluare a mediului de dezvoltare a copilului (*The Home Observation for Measurement of the Environment Infant/Toddler, HOME*);
- Elaborarea Planului Individual de Suport al Familiei (PISF).

TESTE DE CONTROL

1. Ce reprezintă intervenția timpurie pentru copilul cu dizabilități? Selectați (CS):

- A. Serviciu de suport pentru întreaga familie;
- B. Serviciu de recuperare neuromotorie;
- C. Serviciu de diagnosticare a tulburărilor de dezvoltare;
- D. Servicii medicale consultative specializate;
- E. Servicii de diagnosticare timpurie.

Răspuns corect: A

2. Selectați care copii sunt eligibili pentru accesarea serviciilor de intervenție timpurie (CS):

- A. Copilul cu vârsta de 0-3 ani, care are stabilit un grad de dizabilitate;
- B. Orice copil cu vârsta de 0-3 ani;
- C. Orice copil cu tulburare de dezvoltare sau risc de tulburare de dezvoltare cu vârsta de 0-3 ani;
- D. Orice copil cu vârsta de 0-18 ani, care a fost diagnosticat cu o tulburare de dezvoltare;
- E. Doar copiii născuți prematur, cu masa foarte mică la naștere.

Răspuns corect: C

3. Selectați serviciile prestate în cadrul intervenției timpurii (CM):

- A. Consilierea psihologică a familiei;
- B. Diagnosticul de laborator;
- C. Kinetoterapia;
- D. Evaluarea dezvoltării copilului;
- E. Terapia ocupațională.

Răspuns corect: ACDE

4. Indicați cauzele frecvente ale dizabilității motorii la copii (CM):

- A. Fracturi;
- B. Paralizie cerebrală infantilă;
- C. Spina bifida;
- D. Distrofie musculară;
- E. Artrogripoză.

Răspuns corect: BCDE

5. Care este obiectivul principal al intervenției timpurii din punct de vedere kinetic? Selectați afirmația corectă (CS):

- A. Dezvoltarea abilităților motorii;
- B. Dezvoltarea abilităților cognitive;
- C. Dezvoltarea limbajului;
- D. Abilitatea de a se alimenta independent;
- E. Dezvoltarea abilităților de autoîngrijire.

Răspuns corect: A

6. Cui poate fi oferită asistența psihologică în procesul de intervenție timpurie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Fraților/surorilor, care se confruntă cu dificultăți de ordin psihologic după apariția copilului cu risc sau tulburare de dezvoltare;
- B. Doar îngrijitorului principal al copilului;
- C. Doar părinților copilului;
- D. Oricărui membru al familiei copilului, care se confruntă cu dificultăți de ordin psihologic apărute după depistarea dizabilității/tulburării de dezvoltare a copilului;
- E. Doar copilului beneficiar.

Răspuns corect: AD

7. Selectați afirmațiile corecte care explică de ce în cadrul ITC s-a trecut de la abordarea centrată pe copil la abordarea centrată pe familie (CM):

- A. Pe parcursul anilor, Intervenția Timpurie în Copilărie a „suportat” mai multe schimbări de abordare și a avut mai multe definiții.
- B. Toți copiii, cu sau fără dizabilități/ tulburări de dezvoltare, se dezvoltă grație interacțiunilor cu părinții și cu persoanele îngrijitoare și prin intermediul experiențelor și oportunităților create pentru învățare.
- C. O condiție esențială pentru o bună dezvoltare a copilului o constituie nivelul capacităților parentale și ale celor de îngrijire ale părinților și ale persoanelor-cheie din anturajul copilului, care pot oferi oportunități și experiențe pentru învățare.
- D. Inițial, accentul era pus pe anturajul stimulant dezvoltativ, crearea oportunităților și experiențelor, participarea copilului la activități de rutină prin care el să învețe.
- E. Ulterior, Intervenția Timpurie în Copilărie s-a focusat pe furnizarea serviciilor pentru copiii cu dizabilități și familiile acestora.

Răspuns corect: ABC

8. Care este filozofia și bazele științifice și practice actuale ale Intervenției Timpurii în Copilărie? Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Atunci când Intervenția Timpurie în Copilărie este focusată asupra furnizării experiențelor și oportunităților care ar duce la promovarea competențelor și la participarea activă a copilului în activi-

tăți de zi cu zi, accentul se pune pe formarea capacităților părinților și ale persoanelor îngrijitoare de a-i oferi copilului oportunități și experiențe favorabile și pe crearea unui anturaj stimulator pentru o dezvoltare optimă prin influențe zilnice.

- B. Acordarea serviciilor de abilitare a copilului rămâne o prioritate pentru Intervenția Timpurie în Copilărie.
- C. Acordarea serviciilor de abilitare a copilului nu mai este o prioritate pentru Intervenția Timpurie în Copilărie.
- D. Atunci când accentul se pune pe „furnizarea serviciilor” pentru copil, atenția se concentrează asupra naturii și calității acestor servicii și asupra modalității de schimbare a comportamentului copilului în mod direct, nu prin schimbarea condițiilor de mediu.
- E. Asupra dezvoltării copilului are influență nu numai mediul familial, dar orice mediu în care se află copilul (la grădiniță, la școală, în societate).

Răspuns corect: ACDE

9. Paralizia Cerebrală Infantilă reprezintă o afecțiune a (CS):

- A. Măduvei spinării;
- B. Creierului;
- C. Oaselor;
- D. Mușchilor;
- E. Articulațiilor.

Răspuns corect: B

10. Sistemul de clasificare a funcției motorii grosiere (GMFCS) se utilizează la copiii cu (CM):

- A. Retard mintal;
- B. Sindrom Down;
- C. Paralizie Cerebrală;
- D. Distrofii musculare;
- E. Spina bifida.

Răspuns corect: BC

11. Care este scopul aplicării Testului de evaluare a funcției motorii grosiere la copii (GMFM-88, GMFM-66, Gross Motor Function Measure)? (CM)

- A. Evaluarea abilităților motorii și potențialului de abilitare a copilului;
- B. Aprecierea funcției motorii grosiere la copii pentru atribuirea gradului de dizabilitate;
- C. Delimitarea deficiențelor fizice ale copilului pentru a argumenta diagnosticul;
- D. Reevaluarea cu scopul documentării progreselor în urma programelor de ITC aplicate;
- E. Rezultatele evaluării servesc la selectarea obiectivelor programului de terapie fizică.

Răspuns corect: ADE

12. Care este limita de vârstă pentru aplicarea Testului de evaluare a funcției motorii grosiere la copii (GMFM-88, GMFM-66, Gross Motor Function Measure)? (CM)

- A. Proba de validare originală a inclus copii cu PC, cu vârsta cuprinsă între 5 luni și 16 ani.
- B. Testul este aplicabil copiilor cu vârsta mai mică de 12 luni.
- C. Testul este aplicabil copiilor cu vârsta mai mică de 24 de luni.
- D. Testul este adecvat pentru copiii cu un nivel de abilități motorii sub cel al unui copil de 5 ani, fără tulburări motorii.
- E. Testul este adecvat pentru copii și adolescenți, de la naștere până la 18 ani.

Răspuns corect: AD**13. Ce schimbări genetice stau la baza Sindromului Down? (CM)**

- A. Prezența a 2 cromozomi Y;
- B. Prezența mai multor mutații în perechea 21 de cromozomi;
- C. Prezența unui cromozom suplimentar în perechea 21;
- D. Prezența a două tipuri de celule cu 46 de perechi de cromozomi și cu 47 de cromozomi (un cromozom în plus în perechea 21);
- E. Alipirea eronată a unui fragment din cromozomul 21 de un alt cromozom – 13, 14, 15, 21.

Răspuns corect: CDE**14. Indicați caracteristicile dezvoltării copilului cu Sindrom Down (CM):**

- A. Nivel de inteligență sub limitele normale;
- B. Ritm mai încetinit de dezvoltare cognitivă;
- C. Ritm mai încetinit de dezvoltare motorie;
- D. Reținere în dezvoltarea limbajului;
- E. Comportament agresiv.

Răspuns corect: ABCD**15. Care sunt caracteristicile unui copil cu Sindrom Down? Selectați afirmațiile corecte (CM):**

- A. Profil facial plat;
- B. Fisuri palpebrale oblice;
- C. Pavilioanele urechilor aberante;
- D. Hipotonie;
- E. Reflex Moro accentuat.

Răspuns corect: ABCD

16. Indicați caracteristicile unui copil cu Sindrom Down. Selectați afirmațiile corecte (CM):

- A. Displazia falangei medii la al cincilea deget;
- B. Cuta transversală palmară;
- C. Exces de piele la ceafă (la examenul ultrasonor se poate depista „translucența nucală”);
- D. Hiperflexibilitatea articulațiilor;
- E. Deformația cutiei toracice.

Răspuns corect: ABCD**17. Indicați ce este autismul (CS):**

- A. Un grup de tulburări de dezvoltare neuro-psihică, caracterizate prin deficiența interacțiunii sociale și a comunicării, precum și prin prezența comportamentelor restrictive și repetitive;
- B. O boală psihică cu diferit grad de afectare a intelectului;
- C. O tulburare emoțională a copiilor, legată de insuficiența afecțiunii parentale;
- D. Un grup de dereglări de comportament dobândite, apărute la copil după vârsta de 3 ani;
- E. O stare tranzitorie de reținere în dezvoltarea socială la copii.

Răspuns corect: A**18. Indicați care este cauza TSA (CM):**

- A. Influența nocivă a vaccinurilor drept cauză de bază a apariției autismului;
- B. Factorii alimentari, în special deficiența de vitamine;
- C. Factorii ereditari și cei de mediu au un rol incontestabil, dar interacțiunile dintre ei nu sunt suficient de studiate și clare;
- D. Vârsta reproductivă avansată, atât cea maternală, cât și cea paternală reprezintă un factor de risc consistent;
- E. Factori corelați cu noile tehnologii informaționale (expunerea la radiație, câmpuri electromagnetice).

Răspuns corect: CDE**19. Care este prevalența TSA mai des menționată în sursele științifice? (CM)**

- A. 4-5 : 10 000;
- B. 40-100 : 10 000;
- C. Acest indice nu se cunoaște;
- D. Prevalența la băieți este de 5 ori mai mare decât la fete;
- E. Fiecare al doilea copil prezintă risc de autism.

Răspuns corect: BD

20. Care este vârsta recomandată pentru aplicarea testului de screening M-CHAT? (CS)

- A. 0-3 ani;
- B. 3-5 ani;
- C. Primele 6 luni;
- D. 6-12 luni;
- E. 18-24 luni.

Răspuns corect: E**21. Care sunt pașii de management în cazul în care testul M-CHAT indică risc de autism (CM):**

- A. Orice copil care eșuează la M-CHAT trebuie retestat aproximativ după o lună. Ca orice instrument de screening, o a doua aplicare a M-CHAT-ului este recomandabilă pentru a se asigura că nu este vorba doar de o ușoară întârziere în dezvoltare.
- B. Copilul care eșuează la M-CHAT pentru a doua oară trebuie să fie trimis la o clinică de specialitate pentru diagnostic, deoarece M-CHAT-ul nu este un instrument de diagnosticare a autismului.
- C. Copilul care eșuează la M-CHAT este referit pentru spitalizare în departamente pediatrie, neuro-pediatrie sau psihiatrie pentru investigații complexe în vederea stabilirii diagnosticului final.
- D. Copilul care eșuează la M-CHAT este referit pentru aplicare a terapiei comportamentale (de ex., ABA) la centrele specializate în domeniu.
- E. Copilul care eșuează la M-CHAT este testat repetat nu mai devreme de un an de la prima testare.

Răspuns corect: AB**22. Selectați afirmația corectă privind aplicabilitatea testului M-CHAT pentru copiii de 18-24 de luni în Republica Moldova (CS):**

- A. Testul se aplică doar în caz de suspiciune clară de autism.
- B. Testul este opțional, în cazurile de reținere în dezvoltare.
- C. Standardele actuale de supraveghere a copiilor în condiții de ambulator includ obligatoriu screening-ul pentru evaluarea riscului de autism la copiii de 18-24 de luni.
- D. Până în anul 2013, conform Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu, testul era obligatoriu, actualmente fiind unul opțional.
- E. Screening-ul pentru evaluarea riscului de autism la copiii de 18-24 de luni nu este obligatoriu.
- F. Testul se aplică obligatoriu doar copiilor născuți prematur.

Răspuns corect: C**23. Indicați care sunt semnele de alarmă pentru diagnosticul de tulburare de spectru autist la copii în primele luni de viață (CM):**

- A. Lipsa zâmbetului social la copilul de 1-3 luni.
- B. Copiii de 8-10 luni cu autism nu răspund sau răspund mai greu la nume, necesitând multiple atenționări sau atingeri fizice.

- C. Îngrijorările vizavi de problemele de auz sunt deseori primele semnale de alarmă pentru părinți că ceva nu este în regulă.
- D. La vârsta de 8-10 luni, copilul nu urmărește privirea altei persoane, la 10-12 luni, nu urmărește direcția degetului arătător când se indică ceva (lipsește atenția conjugată).
- E. De regulă, gânguritul bilabial (bababa, mamama) apare la vârsta de 6-7 luni, la 8-10 luni – gânguritul alternativ, cu angajarea verbală a adultului; la 10-12 luni apar primele cuvinte, jargoane; în cazul copilului cu autism aceste abilități lipsesc sau întârzie.

Răspuns corect: ABCD

24. Indicați care sunt criteriile clinice de bază pentru diagnosticul autismului (CM):

- A. Dificultăți persistente în comunicarea socială și interacțiunea socială;
- B. probleme de reciprocitatea socio-emoțională;
- C. Devieri în comportamentul comunicativ non-verbal, folosit în interacțiunea socială;
- D. Dificultăți în stabilirea, menținerea și înțelegerea relațiilor interpersonale;
- E. Comportament, interese și/ori activități restrânse, repetitive.

Răspuns corect: ABCD

25. Indicați care examene de laborator și instrumentale au pondere diagnostică în TSA (CS):

- A. Aprecierea cariotipului;
- B. Aprecierea nivelului aminoacizilor în sânge;
- C. Rezonanța magnetică cerebrală;
- D. Cercetările genetice ce reflectă mutații frecvent întâlnite în TSA;
- E. Toate cele menționate mai sus.

Răspuns corect: D

26. Indicați care sunt instrumentele de diagnostic al TSA (CM):

- A. Programul de observație pentru diagnosticul autismului – Testul ADOS-2;
- B. Testul de screening pentru autism M-CHAT;
- C. Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5);
- D. Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*);
- E. Testul de Evaluare Pediatrică a Dizabilității (*Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI-CAT*).

Răspuns corect: AC

27. Indicați care din metodele enumerate măsoară inteligența copilului (CS):

- A. Testul de Evaluare a Dezvoltării Copilului Mic (*Developmental Assessment of Young Children, Second Edition, DAYC*);

- B. Testul standardizat de evaluare a mediului (*The Home Observation for Measurement of the Environment Infant/Toddler, HOME*);
- C. Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT);
- D. Testele de apreciere a IQ (Scalele Bayley pentru evaluarea dezvoltării copilului, Testul de evaluare a inteligenței SON-R);
- E. Testul de screening pentru autism M-CHAT.

Răspuns corect: D

28. Indicați la ce vârstă putem evalua abilitățile de comunicare ale copilului (CS):

- A. Din primele luni de viață;
- B. Din momentul când apar primele cuvinte;
- C. Doar începând cu vârsta de 12 luni;
- D. Doar de la vârsta de 3 ani;
- E. Doar de la vârsta de 4 ani.

Răspuns corect: A

29. Indicați pentru ce servesc rezultatele evaluărilor copilului (CM):

- A. Pentru elaborarea Planului Individual de Suport al Familiei (PIFS);
- B. Pentru monitorizarea progreselor în dezvoltare;
- C. Pentru evaluarea eficienței programului de abilitare;
- D. Pentru a documenta gradul de autonomie a copilului;
- E. Pentru a estima volumul asistenței acordate copilului.

Răspuns corect: ABCD

BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ

1. Puiu Ivan, Cojocaru Ala, Calac Marina, Jalbă Mariana. *Intervenția Timpurie în Copilărie: Suport de curs*. ISBN 978- 9975-77-194-8 P 98. 256 P.
2. Susan A. Gelman. *Concepts and theories Perceptual and Cognitive Development*, 1996, Pages 117-150.
3. A de Ribaupierre. *Piaget's theory of child development*. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2001, Pages 11434-11437.
4. R.M. Lerner. *Infant and Child Development, Theories of*. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2001, Pages 7387-7393.
5. *Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale, DSM-5*. ISBN: 978-606-8043-14-2. 1000 P. 2016.
6. Scutelnic Rodica, Morari Galina, Oleinic Lilia; IMSP Institutul Mamei și Copilului: Cojocaru Ala, Aramă Marina, Horodișteanu-Banuh Adela, Cîrstea Olga et. al. Grupul de elaborare: MS RM: Centrul de Intervenție Timpurie „Voinicel”: Marina Calac, Silvia Breabin. *Tulburarea din Spectrul Autist. Ghid pentru Identificare Timpurie*, 2014, 28 p.
7. Ivan Puiu. *Tulburarea din spectrul autist*. 63 P. ISBN 978- 9975-77-215-0. Chișinău.
8. Puiu I., Calac M. *Diagnosticul timpuriu al tulburărilor din spectrul autist: noi posibilități de abilitare în cadrul intervenției timpurii în copilărie*. *Sănătate publică, economie și management în medicină*, nr. 3 (48). 2013. P. 69-72. ISSN 1729-8687.
9. Cojocaru Ala. *Principii și metode moderne de evaluare a dezvoltării copilului în cadrul serviciului de intervenție timpurie. Experițe de implementare*. *Buletin de perinatologie* 4(72), 2016. P-82/81.
10. Annette Majnemer, ed. Mac Keith Press. *Measures for children with developmental disabilities: an ICF-CY approach*. 2012. 552 P. ISBN: 978-1-908316-45-5.
11. *Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, versiunea pentru copii și tineri*, adoptată de Organizația Mondială a Sănătății, 2007.
12. Stefen J. Bagnato. *Authentic assessment for early childhood intervention. Best practices*. 2009. 300 P.
13. Guralnick, M. *Early Intervention for Children with Intellectual Disabilities: Current Knowledge and Future Prospects*. *Journal of Applied Research in Intel. Disab.* 2005, 18, 313–324
14. Moore T. *Rethinking early childhood intervention services: implications for policy and practice*. Murdoch Child. Research Inst. Australia, 2012.

