

INCLIN Diagnostic Tool for Attention Deficit Hyperactive Disorder (INDT-ADHD)

INSTRUCTIONS FOR ADMINISTRATION

- **Primary caregiver** must be present during the assessment for history
- The informant should have been staying with the child for at least 6 months
- The behavior in question
 - Should be present currently and a **usual** feature
 - Should have been present for the **last 6 months**
- Explain to the parents that the behaviors should be compared with children of same age and similar background
- Ask the questions **verbatim**.
Question can be **repeated** if the respondent cannot understand. Still, if the respondent cannot understand, **examples** for the particular behaviour may be provided which are appropriate to the child's background (rural/urban, school going/ not school going)
- **No further elaboration** is allowed

PERSONAL INFORMATION OF THE CHILD

Name of the Child बच्चे का नाम: _____

Sex: (Male-1; Female-2)लिंग (लडका-1; लडकी -2):

Date of Birth जन्म तिथि: DD/MM/YYYY

Age (In months) उम्र (महीनों में):

Complete Address पूरा पता:

Phone number फोन नम्बर:

Date of Assessment मूल्यांकन की तिथि: DD/MM/YYYY

Name of the Assessor मूल्यांकनकर्ता का नाम:

Respondent उत्तरदाता का नाम:

SECTION A

A 1 Inattention		Encircle the appropriate response	
a	Does your child often fail to give close attention to details (e.g., makes careless mistakes in school/homework or is careless/ messy in other activities)? क्या(आपका बच्चा) अक्सर किसी काम की बारीकियों पर ध्यान नहीं दे पाता है? जैसे- स्कूल में या घर के कामों में लापरवाही की वजह से गलतियाँ करना, दूसरे कार्यों में अव्यवस्थित रहना।	Yes हां	No नहीं
b	Does your child often have difficulty in concentrating while playing or doing his/ her homework? क्या(आपके बच्चे) को अक्सर खेलने में या घर के कामों को ध्यान लगाकर करने में मुश्किल होती है?	Yes हां	No नहीं
c	Does your child often have trouble in paying attention when somebody is talking to him/her? जब कोई(आपके बच्चे) से बात करता है तब क्या अक्सर उसे ध्यान देने में परेशानी होती है?	Yes हां	No नहीं
d	Does your child often does not follow instructions despite understanding them and not due to disobedience? क्या(आपका बच्चा) घर में या स्कूल में दिए हुए निर्देशों को समझने के बावजूद और चाहते हुए भी अक्सर उनका पालन नहीं करता है? If Yes, due to this is he/she often unable to complete his/her works in time? अगर हाँ, तो क्या इस वजह से वह अपना काम निर्धारित समय पर नहीं कर पाता/पाती है?	Yes हां	No नहीं
<i>(If response to BOTH the questions is "YES", then mark it as "YES")</i>			
<i>(If response to first part is "YES" and second part is "NO", then mark it as "NO")</i>			
e	Does your child often have difficulty in doing his/her home work, getting ready for school, putting toys back to their place on his own? क्या(आपके बच्चे) को अपना होमवर्क करने में, स्कूल के लिए तैयार होने में या खेलने के बाद अपने खिलौनों को व्यवस्थित करके रखने में अक्सर परेशानी होती है?	Yes हां	No नहीं
f	Does your child often avoid activities that require sustained mental efforts? (e.g., homework/class work, looking at picture book, listening to story). क्या(आपका बच्चा) अक्सर ऐसे कार्यों से कतराता है जिनमें ज्यादा ध्यान लगाना पड़ता है जैसे- होमवर्क, स्कूलवर्क, चित्रों वाली कहानी की किताब देखना और कहानी सुनना इत्यादि।	Yes हां	No नहीं
g	Does your child often loses things e.g. books, pencils, toys etc क्या(आपका बच्चा) अक्सर चीजें खो देता है? जैसे- खिलौने, किताबें, पेंसिल इत्यादि।	Yes हां	No नहीं
h	Does your child often lose concentration due to little distractions (e.g., traffic, road vendors, animal sounds) and lose track of what he/she was doing at that time? क्या(आपके बच्चे) का ध्यान अक्सर छोटी-छोटी बातों या आवाजों की वजह से भटकता है और इस कारण से वह बिल्कुल भूल जाता है कि वह क्या कर रहा था? जैसे- ठेले वाले की आवाज, गाड़ियों की आवाज, चिड़ियों और जानवरों की आवाज इत्यादि।	Yes हां	No नहीं
i	Is your child more forgetful in daily activities compared to other children of his/her age? (e.g., bathing, dressing, brushing teeth) क्या(आपका बच्चा) दूसरे बच्चों की तुलना में रोजमर्रा के कार्यों को अक्सर भूल जाता है? जैसे- दाँत साफ करना, नहाना, तैयार होना।	Yes हां	No नहीं

A 2 Hyperactivity-Impulsivity			
a	Does your child often appear restless (e.g., tapping finger, moving hands and feet, twisting the body when seated, squirming) क्या(आपका बच्चा) अक्सर बेचैन दिखता है जैसे -उगलियाँ थपथपाते रहना, हाथ-पाँव हिलाते रहना, बैठे हुए शरीर हिलाते रहना, छटपटाते रहना।	Yes हां	No नहीं
b	Does your child often leave his/her seat in the middle of a class or meal? क्या(आपका बच्चा) अक्सर कक्षा में या भोजन के बीच में अपनी जगह से उठ जाता है?	Yes हां	No नहीं
c	Does your child often run about/ climb excessively in places where it is inappropriate? e.g., Excessive running/jumping/climbing in the class room or at home, running about during prayers क्या(आपका बच्चा) अक्सर अनुचित जगहों पर अधिकतर दौड़ता है या चढ़ता है जैसे-कक्षा या घर में अत्यधिक दौड़ना, कूदना, मेज के ऊपर चढ़ना?	Yes हां	No नहीं
d	Does it seem that often he/she is unable to engage in play quietly? (e.g., playing board games, building mud houses, playing with dolls [add group activity relevant to culture]) क्या आपको ऐसा लगता है कि(आपका बच्चा) अक्सर शान्तिपूर्वक तरीके से नहीं खेलता है जैसे- मिट्टी का घर बनाना, गुड़ियों से खेलना, लुडो या कैरम खेलना।	Yes हां	No नहीं
e	Is your child running around most of the time , even while inside the house or in the market (as if driven by a motor) क्या(आपका बच्चा) अधिकतर दौड़ता रहता है चाहे वह घर में हो या बाजार में जैसे उसके अन्दर मोटर लगी हो?	Yes हां	No नहीं
f	Does your child often talk excessively ? क्या(आपका बच्चा) अक्सर जरूरत से ज्यादा बोलता है।	Yes हां	No नहीं
g	During conversations, does your child often start answering questions even before the question has been completed? बातचीत के दौरान, क्या(आपका बच्चा) अक्सर सवाल पूरा होने से पहले ही जवाब देना शुरू कर देता है?	Yes हां	No नहीं
h	While participating in group activities, is it often difficult for your child to wait for his/her turn? क्या(आपका बच्चा) अक्सर दूसरों की बातों के बीच में बोल पड़ता है या दूसरे बच्चों के खेल में घुस जाता है और खेल को बिगाड़ देता है?	Yes हां	No नहीं
i	Does your child frequently interrupt others conversation? (OR) Does your child frequently interrupt the games being played by other children? क्या(आपके बच्चे) को खेल के दौरान अक्सर अपनी बारी का इन्तजार करने में तकलीफ होती है?	Yes हां	No नहीं

SECTION B: Complete this section based on the responses from section A (1-2) and further history taking (3 -7)

1. Number of YES responses in A1 of section A (Inattention) 0: Less than six <input type="checkbox"/> 1: Six or more		
2. Number of YES responses in A2 of section A (Hyperactivity-Impulsivity) 0: Less than six <input type="checkbox"/> 1: Six or more		
3. Did these symptoms start before the age of seven years in your child? क्या आपका बच्चे ये लक्षण सात साल की उम्र से पहले शुरू हुए थे ? 0: No <input type="checkbox"/> 1: Yes		
4. Does your child have / had any of these problems? क्या आपके बच्चे को इनमें से कोई परेशानी है/थी? (Tick (✓) the problems present in the child) <ul style="list-style-type: none"> - Frequent fights with other children अन्य बच्चों से अक्सर लड़ाई करना - No/few friends दोस्त बहुत कम या बिल्कुल नहीं - Very frequent injuries - Frequent scolding by parents अक्सर आपसे डांट खाना - Frequent complaints from teachers अक्सर स्कूल से शिकायत आना - Poor school performance पढ़ाई में बहुत कमजोर रहना 0: No (<u>None</u> of the above problems) <input type="checkbox"/> 1: Yes (<u>One or more</u> of the above problems is <u>present</u>)		
5. Can these symptoms be explained by “Autism” and/or “Intellectual Disability”? 0: No <input type="checkbox"/> 1: Yes		
6. Brief comments about the child’s condition बच्चे की वर्तमान स्थिति के बारे में कथन : (Additional notes & observation during the interview)		
7. Diagnosis 0: No ADHD (Response to both 1 to 4 is “0” <u>and/or</u> 5 is “0” or “1”) 1: ADHD (Response to 1 and or 2 is “1”, 3& 4 is “1” and 5 is “0”) 8: Other NDD (Response to both 1 to 4 is “0” <u>and</u> 5 is “1”) 9: Indeterminate (Response to 1, 2 and 3 is “0” But 4 is 1 OR Response to 1 & 2 is 0 & 3, 4 is 1 OR Response to 1 & 2 is 1 & 3 is 0 & 4 is 1 OR Response to 1-4 is “1” and 5 is “1”) <input type="checkbox"/>		
8. If Q No. 7 is 0 or 9 , then enquire Is the child on any medication or any non medical intervention for ADHD 0: No <input type="checkbox"/> 1: Yes		
Name of the Assessor	Signature of the Assessor	Date of assessment

THE INCLLEN TRUST