

Clinica di Pediatria di Base e Specialistica
Servizio di Neurologia Pediatrica
Unità di Psicologia Pediatrica
Istituto Pediatrico della Svizzera Italiana
Sede Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli

Cari genitori,

vi chiediamo gentilmente di compilare la seguente scheda. I dati che ci fornirete sono essenziali per un preciso inquadramento della situazione di vostro figlio e saranno trattati in modo confidenziale dallo specialista che incontrerete.

Vi chiediamo di inviare la scheda compilata **quanto prima**, includendo anche la documentazione elencata alla fine di questa scheda. Potrete trasmetterci la documentazione completa attraverso una delle seguenti modalità:

- *e-mail*: neuropsicologia.pediatria@eoc.ch
 - *posta*: Ospedale Regionale di Bellinzona a Valli, Servizio di Psicologia e Logopedia Pediatrica, Via A. Gallino 12, 6500 Bellinzona
-

Scheda compilata da: madre padre

Data compilazione: _____

Dati del bambino/a

Cognome e Nome: _____ Classe frequentata: _____

Data di nascita: _____

Pediatra o medico curante: _____

Per quale motivo desiderate la nostra consulenza per vostro figlio? (più risposte possibili)

- difficoltà di attenzione e concentrazione
- iperattività e disorganizzazione
- difficoltà di memoria
- difficoltà di linguaggio, fatica ad esprimersi
- difficoltà di comprensione
- difficoltà scolastiche piuttosto globali
- difficoltà di lettura
- difficoltà di scrittura
- difficoltà con i numeri
- difficoltà motorie e di coordinazione
- valutazione del livello intellettivo
- altro (*specificare*): _____

Sono già state svolte valutazioni e test da altri professionisti?

no

sì (*specificare tipo di valutazione e anno*):

1. Informazioni sulla vostra famiglia.

genitori sposati o conviventi

genitori separati o divorziati

fratelli o sorelle: _____

Mamma - *indicare nome, cognome, professione*:

Papà - *indicare nome, cognome, professione*: _____

Eventuali ulteriori informazioni sulla famiglia:

Quale lingua si parla in casa?

italiano

altra lingua (*specificare*): _____

Ci sono familiari (*genitori, fratelli, sorelle...*) che presentano o hanno presentato difficoltà simili a quelle di vostro figlio, oppure che hanno una diagnosi certificata?

no

sì (*specificare tipo di difficoltà e grado di parentela*) _____

2. Informazioni generali su vostro/a figlio/a

Ci sono stati problemi durante la gravidanza o il travaglio?

no sì (specificare) _____

Il parto è avvenuto:

a termine (tra la 37° e la 41° settimana) prima del termine, alla _____° settimana

Si sono verificate complicazioni durante o dopo il parto?

no sì (specificare) _____

A che età il bambino ha iniziato a camminare?

prima dei 18 mesi tra 18 e 24 mesi dopo i 24 mesi

Nel periodo 0-5 anni avete notato particolarità dello sviluppo motorio?

no

sì (*specificare*): _____

A che età vostro figlio ha pronunciato le prime parole?

prima dei 12 mesi tra 12 e 18 mesi dopo i 18 mesi

Lo sviluppo del linguaggio è stato caratterizzato da qualche particolarità?

no sì (specificare) _____

Vostro figlio ha avuto difficoltà o problemi di salute rilevanti? (es. problemi di crescita, gravi infezioni, traumi cranici...)

no sì (specificare) _____

In passato ha avuto bisogno di terapie particolari? (es. logopedia, ergoterapia, psicomotricità, psicoterapia)

no sì (specificare) _____

Attualmente sono in corso prese a carico specialistiche?

no sì (specificare) _____

In questo periodo presenta problemi di salute?

no sì (specificare) _____

Ha problemi di vista?

no sì (specificare) _____
Porta gli occhiali: sì no

Ha problemi di udito?

no sì (specificare) _____

Attualmente vostro figlio ha difficoltà legate al sonno?

no

Si, una o più delle seguenti:

- sembra aver bisogno di poco sonno, dorme poco, al mattino si sveglia presto
- di sera è attivo e non vuole andare a letto o fatica ad addormentarsi
- anche se dorme è piuttosto attivo (es. parla nel sonno, si muove molto, al mattino il letto è disfatto)
- una volta sveglio resta stanco e assonnato a lungo
- durante il giorno ha episodi di sonnolenza
- altro (*specificare*): _____

Con quale mano scrive?

destra sinistra

Ha difficoltà di movimento e coordinazione?

no

Si, una o più delle seguenti:

- inciampa spesso, si muove in modo goffo e impacciato
- nello sport e in educazione fisica è poco coordinato
- fatica a distinguere destra e sinistra
- fatica ad allacciarsi le scarpe
- ha poca manualità fine, è poco preciso
- tiene la matita o la penna in un modo particolare
- scrive male, è difficile decifrare la sua scrittura

altro (*specificare*): _____

Presenta qualche particolarità tra le seguenti?

- si distrae facilmente
- è spesso nel suo mondo, con la testa tra le nuvole
- non riesce a stare fermo, si muove in continuazione
- parla di continuo
- è inconcludente, passa da un'attività all'altra
- è frettoloso e impulsivo
- dimentica spesso ciò che gli si dice

Ha difficoltà o particolarità del linguaggio?

no

sì, una o più delle seguenti:

- pronuncia male le parole
 - fatica ad esprimersi, ha un vocabolario ristretto
 - fatica a capire ciò che gli viene detto
 - altro (*specificare*): _____
-

Pensate che l'autonomia di vostro figlio sia adeguata alla sua età?

sì

no, non riesce o deve essere seguito in una o più delle seguenti attività:

- curare l'igiene personale
- tenere sufficientemente in ordine la sua camera e i suoi oggetti
- preparare la cartella, lo zaino o la borsa per lo sport
- organizzarsi nello studio (capire quali sono le priorità, non restare indietro, essere pronto per le verifiche ecc..)
- leggere l'ora
- essere puntuale, rendersi conto del trascorrere del tempo
- spostarsi da solo, ad esempio prendere i mezzi pubblici
- maneggiare piccole somme di denaro
- altro (*specificare*): _____

In sintesi, come descrivereste il carattere di vostro figlio? Quali sono gli aggettivi che lo caratterizzano meglio?

Pensate che vostro figlio sia sufficientemente sereno in questo periodo?

sì no (specificare) _____

Vostro figlio ha una buona relazione con i compagni di scuola? È ben integrato con la classe?

sì no (specificare) _____

Ha amici al di fuori della scuola?

sì no (specificare) _____

Vostro figlio presenta una o più di queste caratteristiche?

è insicuro

ha una bassa autostima

è tendenzialmente triste

manifesta frequenti scatti di rabbia

fatica molto a staccarsi dai genitori

è piuttosto ansioso, si allarma e si agita facilmente

spesso non rispetta le regole

ha dei tic motori (es. strizza gli occhi, solleva le sopracciglia, muove a scatti la testa o parti del corpo)

ha dei tic vocali (es. emette dei suoni, fa versetti, pronuncia una parola all'improvviso, si raschia la gola)

altro (*specificare*): _____

Vostro figlio presenta e/o ha presentato qualche particolarità nel comportamento o nell'interazione con le persone?

no

sì, una o più delle seguenti:

ha difficoltà a rapportarsi con i coetanei

fatica a capire i sentimenti degli altri

guarda poco negli occhi

cerca il contatto ma in modo poco adeguato

fatica ad accettare i cambiamenti

ha pochi interessi ma conosce alcuni argomenti in modo approfondito

altro (*specificare*): _____

no sì (*specificare*) _____

Vostro figlio pratica qualche sport?

no sì (*specificare*) _____

Quali sono le sue passioni e i suoi interessi? Come trascorre il tempo libero?

Pensate che l'uso di dispositivi elettronici (telefono, tablet, computer, consolle di gioco) da parte di vostro figlio sia:

- moderato: li usa anche tutti i giorni, ma per poco tempo; non interferiscono con le altre attività
- abbastanza importante: li usa per molto tempo e gli si devono dare dei limiti; ne è molto attratto ma riesce a farne a meno
- importante: il loro uso è un problema, vi trascorre troppo tempo, non riesce a farne a meno, va in crisi se non può usarli o se gli vengono tolti; non riesce a rispettare i limiti di orario e spesso litighiamo per questo motivo
- non usa dispositivi elettronici

5. Le seguenti domande riguardano il percorso scolastico di vostro/a figlio/a.

Classe frequentata: _____ **Istituto/Città:** _____

Ha frequentato l'asilo?

- no
- sì, senza alcun problema

Si, con qualche difficoltà (segnare una o più delle seguenti):

- aveva difficoltà di relazione o rapporti conflittuali con gli altri bambini
- stava in disparte
- era molto attivo, sempre in movimento
- faticava a restare concentrato sui lavoretti o quando la maestra leggeva una storia
- altro (*specificare*): _____

Ha iniziato a frequentare la scuola elementare all'età corretta?

sì no (*specificare*) _____

Ha ripetuto una o più classi?

no sì (*specificare*) _____

Attualmente il suo rendimento scolastico è:

- buono/discreto: senza insufficienze e con note positive in tutte le materie o con solo qualche lieve insufficienza
- con differenze evidenti tra materie: note positive in alcune materie e decisamente insufficienti in altre
- insufficiente: con note negative nella maggior parte delle materie

Il rendimento scolastico è sempre stato simile a quello attuale?

- sì no (*specificare*) _____

Vostro figlio è seguito dal/dalla docente di sostegno?

- no sì (*specificare*) _____

È seguito da altri operatori dei servizi scolastici (es. OPI, logopedista, psicomotricista)?

- no sì (*specificare*) _____

Vostro figlio è seguito nei compiti e per lo studio?

- no sì (*specificare*) _____

Nello studio e nello svolgimento dei compiti voi notate delle difficoltà?

- no

Si, una o più delle seguenti:

- è difficile convincerlo a fare i compiti o a studiare, tende a rimandare
 - fatica a fare compiti o studiare da solo, deve essere seguito
 - ha difficoltà nei compiti e nello studio ma non vuole che lo si aiuti
 - è in grado di studiare da solo ma vuole sempre essere aiutato
 - si distrae facilmente
 - dimentica rapidamente quello che studia
 - non ha un metodo di studio efficace, tende a imparare tutto a memoria
 - legge male o lentamente
 - ha difficoltà a capire quello che legge, deve rileggere più volte
 - ha una brutta calligrafia
 - commette diversi errori di scrittura (es. scrive una parola al posto di un'altra, non usa le doppie o le mette quando non ci vorrebbero, confonde alcune lettere)
 - ha difficoltà con i numeri e nel fare calcoli
 - altro (*specificare*): _____
-
-

Qui potete fornirci altre informazioni che pensate siano importanti per svolgere al meglio la nostra consulenza:

Vi ringraziamo per il tempo che avete dedicato alla compilazione di questa scheda. Le informazioni che ci avete fornito sono essenziali per esservi d'aiuto.

Vi ricordiamo di trasmetterci questa scheda quanto prima, allegando copia dei seguenti documenti:

- *referti di valutazioni precedenti (es. test cognitivi, del QI, psicologici o logopedici; esami dello sviluppo)*
- *referti di altri Servizi (Servizio di sostegno pedagogico, Servizio Medico-psicologico SMP, SEPS)*
- *referti di ergoterapia*
- *giudizi scolastici almeno degli ultimi tre anni.*

pregandovi di tenerci aggiornati tempestivamente in caso di qualsiasi cambiamento effettuato/avuto e di ulteriore documentazione in vostro possesso tra l'invio della presente ed il primo appuntamento organizzato.