



Informazioni anagrafiche

Bambino/a

Cognome..... Nome.....

Luogo di nascita..... Data di nascita.....

Dati Madre

Cognome Nome

Luogo di nascita..... Data di nascita.....

Telefono..... Indirizzo mail.....

Professione.....

Dati Padre

Cognome Nome

Luogo di nascita..... Data di nascita.....

Telefono..... Indirizzo mail.....

Professione.....

Dati relativi alla gravidanza

- ☐ Gravidanza spontanea ☐ Gravidanza ottenuta con tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA):
- ☐ omologa ☐ eterologa maschile
- ☐ eterologa femminile ☐ embriondonazione
- Diagnosi preimpianto eseguita: ☐ sì ☐ no
- ☐ Gravidanza singola ☐ Gravidanza gemellare ☐ Monocoriale ☐ Bicoriale

Screening prenatale eseguito

Risultato (se alterato, specificare valore ottenuto)

Traslucenza nucale (NT):	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato:
Bi-test/test combinato:	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato:
NIPT (DNA fetale):	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato:
Ecografia del I trimestre:	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato:
Ecografia morfologica:	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato:
Ecografia di accrescimento:	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato:

Diagnosi prenatale invasiva

Risultato (se alterato, specificare valore ottenuto)

<input type="checkbox"/> Villocentesi	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato:
<input type="checkbox"/> Amniocentesi	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato:

Decorso della gravidanza

<input type="checkbox"/> Normale			
<input type="checkbox"/> Complicato da:	<input type="checkbox"/> Infezioni,	<input type="checkbox"/> Ritardo di	<input type="checkbox"/> Oligoidramnios,
	<input type="checkbox"/> Pre-eclampsia,	crescita	<input type="checkbox"/> Polioidramnios,
	<input type="checkbox"/> Diabete gestazionale,	intrauterino,	<input type="checkbox"/> Altro
		

Dati alla nascita

(Per compilare questa sezione può aiutarsi utilizzando la scheda che solitamente viene consegnata alla famiglia al momento della dimissione dopo il parto)

<u>Parto</u>	<input type="checkbox"/> Spontaneo	<input type="checkbox"/> Indotto
	<input type="checkbox"/> Naturale (eutocico)	<input type="checkbox"/> Taglio cesareo o ventosa
	<input type="checkbox"/> A termine (>38 settimane)	<input type="checkbox"/> Pretermine: settimane

Biometrie (misure) alla nascita

Peso: g Lunghezza: cm Circonferenza cranica: cm
 Indice di Apgar: 1' 5'

Screening alla nascita o nei primi mesi

Risultato (se alterato, specificare valore ottenuto)

Metabolico neonatale:	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato:
Uditivo neonatale:	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato:
Visivo neonatale:	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato:
Ecografia delle anche:	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato:
Screening cardiologico (ECG):	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato:

Ecografia renale: ☐ Normale ☐ Alterato:

Allattamento ed alimentazione

Allattamento: ☐ Materno ☐ Artificiale ☐ Misto

Difficoltà nella suzione: ☐ No ☐ Sì

Svezzamento mesi ☐ Regolare ☐ Con difficoltà

Difficoltà nella masticazione? Selettività per alcune consistenze o colore del cibo?

Eventuali allergie/intolleranze?

Sviluppo dei primi mesi

Di seguito sono indicate varie tappe dello sviluppo motorio e del linguaggio, indichi quelle raggiunte e l'epoca in cui sono state raggiunte

Sviluppo motorio

Tiene la testa:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Mesi:
Sta seduto/a:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Mesi:
Gattona:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Mesi:
Primi passi:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Mesi:
Sale/scende le scale:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Mesi:
Corre:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Mesi:
Salta:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Mesi:
Pedala:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Mesi:

Sviluppo del linguaggio

Lallazione:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Mesi:
Prime parole:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Mesi:

Comprensione verbale: ☐ No ☐ Sì Mesi:

Sviluppo sociale/psichico e socializzazione

Utilizza o ha utilizzato il ciuccio-biberon: ☐ No ☐ Sì Mesi:

Oggetto transizionale (es: coperta di Linus): ☐ No ☐ Sì Mesi:

Contatto di sguardo, sorriso sociale, indica, fa "ciao-ciao" con la manina: ☐ No ☐ Sì Mesi:

Controllo sfinterico: ☐ No ☐ Sì Mesi:

Ciclo sonno-veglia: ☐ Regolare ☐ Difficoltà di addormentamento Altri problemi:

Frequenta il nido: ☐ No ☐ Sì Mesi:

Attività ludica: ☐ No ☐ Sì Preferita

Gioco simbolico: ☐ No ☐ Sì Quale:

Crescita attuale

Peso:kg Centile:

Lunghezza/altezza:cm Centile:

Circonferenza cranica:cm Centile:

Altre problematiche (riportare qualsiasi problematica presente nel bambino e non riferita in precedenza): ..

.....

Anamnesi familiare

Di seguito sono elencate alcune malattie/condizioni; vi chiediamo di indicare se sono presenti nelle vostre famiglie

Lei e il/la suo/sua partner siete consanguinei ☐ sì ☐ no

Problematica	No	Sì	Se sì, specificare
Anemia mediterranea/ microcitemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrosi cistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sordità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cecità/ipovisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrofia muscolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie neuromuscolari (es. SMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Displasie scheletriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilessia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disabilità intellettiva/ritardo mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quadri sindromici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformazioni congenite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infertilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morti neonatali o primi anni di vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aborti ricorrenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>