

# SCHEDA ANAMNESTICA

Data .....

Nome .....

Nato a ..... il .....

Residente a ..... via..... n°...

Telefono ..... n° tessera sanitaria .....

Scuola frequentata .....

Inviato da .....

Composizione del nucleo familiare.

COGNOME	NOME	GRADO DI PARENTELA	ANNO DI NASCITA	SCOLARITÀ	PROFESSIONE

PROBLEMA PRESENTATO: .....

.....

.....

DIAGNOSI:

.....

## STORIA PRENATALE E NEONATALE

- Ci sono stati problemi durante la gravidanza?  
No   
Sì  *specificare:* .....
  
- Il bambino è nato a termine?  
Otto mesi o prima   
A termine   
Oltre i nove mesi
  
- Quanto è durato il travaglio?  
meno di 5 ore   
5-10 ore   
10-15 ore   
15-20 ore   
più di 20 ore
  
- Ci sono stati dei segni di sofferenza fetale durante il travaglio o al momento del parto?  
No   
Sì  *specificare:* .....
  
- Il parto è stato:  
normale   
pilotato   
podalico   
cesareo   
forcipe   
ventosa
  
- Quanto pesava il bambino alla nascita? .....
  
- Ci sono state delle complicazioni mediche dopo la nascita?  
No   
Problemi respiratori   
Ittero neonatale   
Altro (*specificare*) .....

## PERIODO POST-NATALE E PRIMA INFANZIA

- È stato allattato al seno?
  - No
  - Sì, meno di tre mesi
  - Sì, da tre a sei mesi
  - Oltre i sei mesi
- Ci sono stati problemi alimentari nella prima infanzia?
  - No
  - Sì  *specificare:* .....
- Il bambino ha avuto coliche?
  - No
  - Sì
- Ci sono stati problemi nella modalità di addormentamento durante la prima infanzia?
  - No
  - Sì  *specificare:* .....
- Si svegliava durante la notte?
  - No
  - Sì, una o due volte
  - Sì, più di due volte
- Dormiva nel proprio letto tutta la notte?
  - Sì
  - No
- Il bambino ha avuto problemi di salute durante la prima infanzia?
  - No
  - Sì  *specificare:* .....
- Il bambino ha avuto ricoveri in ospedale?
  - No
  - Sì  *specificare:* .....
- Il bambino ha avuto problemi congeniti?
  - No
  - Sì  *specificare:* .....
- È stato un bambino facile, tranquillo?
  - Molto facile
  - Facile
  - Nella norma
  - Difficile
  - Molto difficile
- Com'era il bambino con gli altri?
  - Molto socievole
  - Mediamente socievole
  - Poco socievole
- Quando voleva qualcosa, era insistente?
  - Molto
  - Abbastanza
  - Mediamente
  - Non molto
  - Per nulla
- Come valuterebbe il livello di attività del bambino quand'era piccolo?
  - Molto attivo
  - Poco attivo
  - Nella norma
  - Poco attivo
  - Passivo

## TAPPE FONDAMENTALI DELLO SVILUPPO

- A quale età ha cominciato a stare seduto?
  - 3-6 mesi
  - 7-12 mesi
  - Oltre i 12 mesi
- A che età ha iniziato ad andare carponi?
  - Mai
  - 6-12 mesi
  - Oltre i 18 mesi
- Ha usato il girello?
  - Sì
  - No
- A che età ha iniziato a camminare?
  - Prima di 1 anno
  - 1-2 anni
  - 2-3 anni
- A che età ha iniziato a dire singole parole (oltre a mamma e papà)?
  - 9-12 mesi
  - 12-18 mesi
  - 18-24 mesi
  - Oltre i 24 mesi
- A che età ha imparato a controllare la minzione?
  - Prima di 1 anno
  - 1-2 anni
  - 2-3 anni
  - 3-4 anni
  - Non ancora acquisito
- A che età ha imparato a controllare la defecazione?
  - Prima di 1 anno
  - 1-2 anni
  - 2-3 anni
  - 3-4 anni
  - Non ancora acquisito
- Approssimativamente, quanto tempo ha impiegato per insegnarli a tenersi pulito?
  - Meno di 1 mese
  - 1-2 mesi
  - 2-3 mesi
  - Più di tre mesi

## CONDIZIONI DI SALUTE

- Come descriverebbe la salute del bambino?
  - Molto buona
  - Buona
  - Discreta
  - Si ammala facilmente
  - Soffre di qualche disturbo

*Specificare:* .....
  
- Com'è il suo udito?
  - Normale
  - Presenta difficoltà
  
- Com'è la sua vista?
  - Normale
  - Presenta difficoltà
  
- Quali delle seguenti malattie ha avuto il bambino?
  - Gastroenterite
  - Parotite
  - Varicella
  - Morbillo
  - Pertosse
  - Scarlattina
  - Polmonite
  - Meningite
  - Otiti
  - Avvelenamento da piombo
  - Convulsioni
  - Altre malattie: .....
  
- Il bambino ha avuto alcuni degli incidenti riportati qui sotto?
  - Ossa fratturate
  - Gravi lacerazioni
  - Lesioni, traumi cranici
  - Ammaccature gravi
  - Lavanda gastrica
  - Lesioni agli occhi
  - Rottura di denti
  - Suture
  - Altro: .....
  
- Quanti incidenti?
  - 1
  - 2-3
  - Più di 3

- Ha subito alcuni dei seguenti interventi?
 

Tonsille	<input type="checkbox"/>
Adenoidi	<input type="checkbox"/>
Ernia	<input type="checkbox"/>
Appendice	<input type="checkbox"/>
Occhi	<input type="checkbox"/>
Stomaco-intestino	<input type="checkbox"/>
Apparato urinario	<input type="checkbox"/>
Gambe o braccia	<input type="checkbox"/>
Ustioni	<input type="checkbox"/>
Altro: .....	
  
- Per quanto tempo è stato ricoverato in ospedale?
 

Mai	<input type="checkbox"/>
1 giorno	<input type="checkbox"/>
2-3 giorni	<input type="checkbox"/>
4-6 giorni	<input type="checkbox"/>
1-4 settimane	<input type="checkbox"/>
1-2 mesi	<input type="checkbox"/>
Più di 2 mesi	<input type="checkbox"/>
  
- Il bambino ha problemi connessi al sonno?
 

Nessuno	<input type="checkbox"/>
Vuole qualcuno vicino per addormentarsi	<input type="checkbox"/>
Ha difficoltà ad addormentarsi	<input type="checkbox"/>
Si sveglia durante la notte	<input type="checkbox"/>
Sonno continuamente disturbato	<input type="checkbox"/>
Dorme nel letto dei genitori	<input type="checkbox"/>
Risveglio anticipato al mattino	<input type="checkbox"/>
Altro: .....	
  
- Il bambino ha problemi relativi alle abitudini alimentari?
 

Ha un appetito normale	<input type="checkbox"/>
Mangia troppo	<input type="checkbox"/>
Mangia poco	<input type="checkbox"/>
È molto selettivo nella scelta dei cibi	<input type="checkbox"/>
Fa grande uso di merendine e simili	<input type="checkbox"/>

## SVILUPPO AFFETTIVO

- Si sono verificati alcuni di questi eventi stressanti nella vita del bambino?
  - Separazione o divorzio dei genitori
  - Malattia o incidente familiare
  - Lutto familiare
  - Problemi o contrasti in famiglia
  - Cambiamento di lavoro dei genitori
  - Cambiamento di scuola
  - Trasloco
  - Problemi finanziari
- È stato seguito da altre persone, oltre i genitori?
  - No
  - Sì  *specificare:* .....
- I genitori tendono a:
  - essere molto in ansia per il bambino
  - perdere facilmente la pazienza
  - essere molto esigenti col bambino
  - concedere facilmente al bambino ciò che vuole
  - essere incoerenti nel disciplinare il bambino
- Esiste accordo tra i genitori del bambino?
  - Sì
  - Qualche disaccordo
  - Grave conflittualità
- Quanto spesso lei e suo marito/sua moglie siete concordi sulle strategie disciplinari?
  - La maggior parte delle volte
  - Alcune volte
  - Mai
- I rapporti con i parenti sono:
  - normali
  - conflittuali
  - ci sono scarsi contatti
- Rapporto affettivo del bambino con i genitori:
  - legato a entrambi
  - Rapporto privilegiato con la madre
  - Rapporto privilegiato con il padre
  - Ha un certo timore del padre
  - Altro: .....
- Rapporto affettivo con i fratelli o con altri familiari:
  - interagisce poco
  - è molto legato
  - è un po' geloso
  - gravi conflitti di gelosia
  - nessun particolare problema
- Con che facilità si fa delle amicizie?
  - Molto facilmente
  - Nella norma
  - Ha difficoltà
- Ha contatti regolari con altri bambini al di fuori della scuola?
  - Sì
  - No

## STORIA SCOLASTICA

- Ha frequentato la scuola materna?  
Sì   
No   
Eventuali problemi: .....
- Ha avuto difficoltà ad inserirsi alle elementari?  
No   
Sì
- Ha avuto difficoltà ad imparare a leggere e a scrivere?  
No   
Sì
- Il rendimento scolastico è  
Molto scarso   
Un po' scarso   
Nella norma   
Brillante
- In quali ambiti ha maggiori difficoltà?  
Scrittura   
Lettura   
Calcolo   
Studio   
Altro: .....
- Quest'anno il rendimento scolastico è  
Il solito   
Migliorato   
Peggiorato
- Ha difficoltà nel fare i compiti?  
No   
Tende a rifiutare di farli   
Li fa, ma impiega molto tempo   
Necessita aiuto costante

## SISTEMA PREMIANTE

- Quali sono le attività a cui il bambino si dedica più volentieri?
  - Giocare all'aperto
  - Giocare in casa con un amico
  - Giocare da solo con i giocattoli
  - Guardare la TV
  - Giochi di movimento
  - Giochi da tavolo
  - Videogiochi
  - Praticare qualche sport  Quale? .....
  - Bicicletta
  - Palla
  - Ascoltare musica
  - Leggere

- Quali sono le cose che più desidera gli vengano comprate?

.....

.....

- Con quali persone al di fuori della famiglia sta più volentieri?

.....

- C'è qualche posto dove va volentieri?

.....

- È goloso di:

- torte
- paste
- gelati
- cioccolato
- caramelle
- patatine
- merendine
- bibite (coca, aranciata, ecc.)

## ALTRE INFORMAZIONI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....