

## QUESTIONARIO DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI OSSERVAZIONE INTENSIVA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Inviato da (indicare lo Specialista o il Servizio che richiede l'osservazione)

Servizio presso cui è attualmente in carico il caso

### 1) BREVE SINTESI ANAMNESTICA

### 2) QUADRO CLINICO

- a) Funzione Psico-Intellettiva (normalità, ritardo, deficit, lacune settoriali, disturbi del comportamento, ecc.)

b) Funzione motoria (normalità, ritardo, patologie specifiche)

c) Linguaggio (normalità, ritardo, altri tipi di compromissione; eventuali esami audiometrici)

d) Funzione visiva (breve descrizione del modo in cui il bambino si comporta di fronte agli stimoli visivi; tipo, data e conclusioni di precedenti valutazioni oculistiche)

e) Eventuale patologia comiziale (tipo e frequenza delle crisi)

3) REFERTI E.E.G. - TAC ENCEFALO - R.M.N. - P.E. - ecc.  
(N.B. - Portare anche una copia delle lastre al momento dell'osservazione)

4) ALTRI ESAMI PRATICATI (Metabolici, Liquorali, Elettrofisiologici, Cariotipo, ecc.)

5) PRECEDENTI RICOVERI (presso Ospedali e/o Centri di Riabilitazione)

6) BISOGNO ASSISTENZIALE

Indicare con una croce le caratteristiche elencate, al fine di permettere di predisporre assistenza adeguata:

Condizioni fisiche

- totalmente dipendente
- parzialmente dipendente
- indipendente

Condizioni psichiche

- totalmente dipendente
- parzialmente dipendente
- indipendente

Indicare se si richiede ricovero:

- con accompagnatore
- senza accompagnatore

7) N. 1 FOTOGRAFIA DEL BAMBINO

SINTETIZZARE I QUESITI CHE HANNO MOTIVATO LA RICHIESTA DI OSSERVAZIONE

Data, .....

.....  
(Firma del compilatore)

**IMPORTANTE** La richiesta potrà essere presa in considerazione solo dopo l'invio del presente questionario compilato in ogni sua parte.  
E' opportuno inviare anche le cartelle cliniche ed ogni altra documentazione sanitaria relativa al paziente, in particolare cartella clinica della nascita.