

## **Progetto di Osteopatia pediatrica**

Questionario per i genitori

che lo consegneranno prima della valutazione osteopatica.

**Scheda di** \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E mail \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

Orari e giorni di preferenza \_\_\_\_\_

Maestre \_\_\_\_\_

Inviato da \_\_\_\_\_

Pediatra \_\_\_\_\_

Motivo del consulto \_\_\_\_\_

Prima valutazione \_\_\_\_\_

Sport praticato \_\_\_\_\_

## **Gravidanza**

### **Nei primi cinque mesi della gravidanza:**

La mamma ha avuto:

minacce d'aborto? \_\_\_\_\_

Traumi ? \_\_\_\_\_

Ha preso farmaci? Quali ? \_\_\_\_\_

Malattie? \_\_\_\_\_

Traumi emotivi (lutti, separazione, traslochi ect)

\_\_\_\_\_

Traumi meccanici (incidenti, cadute, ect)

\_\_\_\_\_

### **Nei mesi successivi al quinto mese di gravidanza ha avuto:**

malattie

\_\_\_\_\_

traumi emotivi

\_\_\_\_\_

traumi meccanici

\_\_\_\_\_

## **Modalità di parto**

Ci sono stati problemi durante il travaglio e durante il parto?

\_\_\_\_\_

Parto naturale o cesareo? \_\_\_\_\_

Peso alla nascita? \_\_\_\_\_

APGAR? (parametri vitali al 1° e al 5° minuto di vita)



Interventi subiti (tonsilli, adenoidi, ect ) \_\_\_\_\_

Visite specialistiche (dentista, otorino, neurologo, ect)

---

### **Autonomie**

Mangia da solo? SI NO

Si lava da solo? SI NO

Si veste da solo? SI NO

Dorme da solo? SI NO

Note \_\_\_\_\_

Ha gattonato ? SI NO

La calligrafia del bambino/a è leggibile? SI NO

Il bambino/a cade spesso e sbatte soprattutto la testa? SI NO

Il bambino/a sa andare in bicicletta? SI NO

### **ALIMENTAZIONE**

Colazione \_\_\_\_\_

Merenda metà mattina \_\_\_\_\_

Pranzo \_\_\_\_\_

Merenda metà pomeriggio \_\_\_\_\_

Cena \_\_\_\_\_

Mangia molto velocemente? SI NO

Quanta acqua beve al giorno? \_\_\_\_\_

**STILE DI VITA**

Dorme bene? SI NO

Digerisce bene?

(= tutti i giorni va in bagno in modo solido) SI NO

**Aspetti Comportamentali (riferiti o rilevati durante la valutazione)**

Rapporto con i coetanei (socievole, timido, leader)

---

Attività, giochi e giocattoli preferiti

---

---

Ha problemi con la lettura, la scrittura?

---

---

---

**Firma del genitore**

**Data**

## **Nota al Trattamento dei Dati Personali**

*(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")*

Polidori Carlo, massofisioterapista e osteopata, informa che tutti i dati personali che riguardano i bambini e le loro famiglie, ivi compresi quelli sensibili, raccolti attraverso la compilazione del questionario, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti.

## **Firma del genitore**