

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)

Test di Ortolani (**test per le anche**) ed eventuale ECOGRAFIA?

Come è andato il primo anno di vita?

Il bambino/a è stato/a allattato al seno? SI NO

Se SI fino a quando? _____

Epoca dello svezzamento _____

Abitudini viziate

Succhia il dito? SI NO

Biberon fino a _____

Ciuccio fino a _____

Ha sofferto di OTITE ? SI NO

Per l'otite è stato trattato con farmaci? SI NO

Il bimbo/a ha avuto malattie durante il primo anno di vita?
(bronchiolite, gastroenterite, dermatiti....)

Il bimbo/a ha avuto traumi meccanici (incidenti, cadute ect)
durante il primo anno di vita?

ALLERGIE? SI NO

Se SI a cosa? _____

INTOLLERANZE ? SI NO

Se SI a cosa? _____

Si ammala facilmente di malattie

dell'apparato respiratorio? SI NO

Dorme a bocca aperta? SI NO

Altre patologie _____

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