

**Questionario per i genitori per la visita medica all'inizio della scuola primaria**

I dati relativi alle domande da 1 a 12 sono necessari per il medico scolastico per la valutazione medico-sanitaria ai sensi dell'art. 11 dell'ordinamento per le scuole primarie pubbliche del Land Renania-Palatinato. Le informazioni serviranno da supporto per il colloquio con i genitori e per la valutazione del livello di sviluppo raggiunto dal bambino. Si sottolinea l'importanza del questionario e si invitano i genitori a rispondere alle domande. Eventuali dubbi su particolari domande potranno essere chiariti durante il colloquio.


**Rheinland-Pfalz**

 MINISTERIUM FÜR SOZIALES,  
 ARBEIT, GESUNDHEIT  
 UND DEMOGRAFIE
**1. Informazioni sulla famiglia**

Compilato il:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
giorno	mese	anno	

	Bambino	Madre	Padre
Cognome	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>		
Sesso	maschile... <input type="checkbox"/> femminile... <input type="checkbox"/>		
Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	giorno	mese	anno
Paese di nascita del bambino	<input type="text"/>		

**2. Quali strutture ha frequentato il suo bambino<sup>1</sup> finora? (è possibile la scelta multipla)**

Asilo nido.....	<input type="checkbox"/>	Asilo/scuola materna .....	<input type="checkbox"/>	Asilo di sostegno .....	<input type="checkbox"/>
Servizi alternativi per la 1° infanzia...	<input type="checkbox"/>	Scuola materna integrata ....	<input type="checkbox"/>	Nessuna struttura ...	<input type="checkbox"/>

Il bambino frequenta la presente struttura da \_\_\_\_ anni e \_\_\_\_ mesi.

Età del bambino al momento in cui è stato affidato alla custodia di persone/strutture al di fuori della famiglia: \_\_\_\_ anni \_\_\_\_ mese/i.

**3. Quali malattie infettive ha già avuto il bambino?**

Varicella .....	<input type="checkbox"/>	Orecchioni .....	<input type="checkbox"/>	Salmonellosi .....	<input type="checkbox"/>
Scarlattina .....	<input type="checkbox"/>	Rosolia .....	<input type="checkbox"/>	Borelliosi .....	<input type="checkbox"/>
Eritema infettivo (V° malattia) ..	<input type="checkbox"/>	Pertosse .....	<input type="checkbox"/>	Encefalite/meningite .....	<input type="checkbox"/>
Morbillo.....	<input type="checkbox"/>	Epatite B .....	<input type="checkbox"/>	Rotavirus .....	<input type="checkbox"/>
Altre .....	<input type="checkbox"/>	Indicare quali malattie _____		Nessuna	<input type="checkbox"/>

**4. Quali delle seguenti malattie acute sono state riscontrate negli ultimi 12 mesi?**

Bronchite.....	<input type="checkbox"/>	Cistite, Infiammazione alla gola/tonsille .....	<input type="checkbox"/>	Laringo-tracheite-bronchite acuta o Pseudokrupp .....	<input type="checkbox"/>
Laringite/tonsillite .....	<input type="checkbox"/>	Polmonite .....	<input type="checkbox"/>	Convulsioni cerebrali .....	<input type="checkbox"/>
Otite .....	<input type="checkbox"/>	Convulsioni febbrili.....	<input type="checkbox"/>	Stati influenzali frequenti ...	<input type="checkbox"/>
Influenze gastro-intestinali....	<input type="checkbox"/>	Indicare quali malattie _____		Nessuna	<input type="checkbox"/>

**5. Il suo bambino ha mai sofferto dei disturbi indicati in seguito che sono stati diagnosticati da un medico? Se sì, si prega di portare con sé la relativa documentazione!**

Allergie .....	<input type="checkbox"/>	Polipi (adenoidi) .....	<input type="checkbox"/>	Attacchi convulsivi (epilessia) ..	<input type="checkbox"/>
Neurodermite .....	<input type="checkbox"/>	Disturbi alla colonna vertebrale .	<input type="checkbox"/>	Tumore/cancro .....	<input type="checkbox"/>
Bronchite cronica .....	<input type="checkbox"/>	Disturbi della tiroide .....	<input type="checkbox"/>	Disturbi reumatici .....	<input type="checkbox"/>
Asma bronchiale .....	<input type="checkbox"/>	Malformazioni/patologie cardiache	<input type="checkbox"/>	Autismo.....	<input type="checkbox"/>
Raffreddore da fieno .....	<input type="checkbox"/>	Diabete mellito .....	<input type="checkbox"/>	Malattie congenite.....	<input type="checkbox"/>
Allergie alimentari .....	<input type="checkbox"/>	Infezioni croniche alle vie urinarie	<input type="checkbox"/>	Disturbi fisici.....	<input type="checkbox"/>
Eruzioni cutanee di natura allergica .....	<input type="checkbox"/>	Disturbo da deficit di attenzione (ADD).....	<input type="checkbox"/>	Disturbi psichici.....	<input type="checkbox"/>
Altri .....	<input type="checkbox"/>	Indicare quali disturbi _____		Nessuno	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Per rendere il questionario di più facile lettura le domande sono state riferite al "suo bambino" (al maschile). Qualora si tratti della "sua bambina" la forma al femminile è sottintesa.

**6. Quali dei seguenti sintomi o disturbi ha accusato il bambino negli ultimi 12 mesi?**

- |                                   |                          |                               |                          |   |                                  |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|---|----------------------------------|
| Disturbi alla vista .....         | <input type="checkbox"/> | Infezioni da vermi .....      | <input type="checkbox"/> | Intolleranza alimentare .....                 | <input type="checkbox"/>         |
| Disturbi all'udito .....          | <input type="checkbox"/> | Sovrappeso .....              | <input type="checkbox"/> | Irrequietezza motoria/iperattività....        | <input type="checkbox"/>         |
| Disturbi del linguaggio ....      | <input type="checkbox"/> | Sottopeso.....                | <input type="checkbox"/> | Aggressività .....                            | <input type="checkbox"/>         |
| Ritardi della crescita.....       | <input type="checkbox"/> | Mal di testa ricorrenti.....  | <input type="checkbox"/> | Disturbi di inizio e/o interruzione del sonno | <input type="checkbox"/>         |
| Disturbi di concentrazione..      | <input type="checkbox"/> | Mal di pancia ricorrenti....  | <input type="checkbox"/> | Russare ricorrente (senza raffreddore)        | <input type="checkbox"/>         |
| Enuresi notturna (bagna il letto) | <input type="checkbox"/> | Dolori alle gambe ricorrenti  | <input type="checkbox"/> | Respirazione con la bocca/nasale disturbata   | <input type="checkbox"/>         |
| Encopresi (cacca addosso).        | <input type="checkbox"/> | Stati di ansia.....           | <input type="checkbox"/> | Spiccata stanchezza diurna .....              | <input type="checkbox"/>         |
| Altri .....                       | <input type="checkbox"/> | Indicare quali disturbi _____ |                          |   | Nessuno <input type="checkbox"/> |

**7. Presso quale medico o terapeuta è stato il suo bambino negli ultimi 12 mesi?**

- |                           |                          |                           |                                  |   |                          |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|---|--------------------------|
| Pediatra .....            | <input type="checkbox"/> | Oculista .....            | <input type="checkbox"/>         | Naturopata .....                            | <input type="checkbox"/> |
| Medico di famiglia .....  | <input type="checkbox"/> | Otorinolaringoiatra ..... | <input type="checkbox"/>         | Psichiatra per l'infanzia e l'adolescenza . | <input type="checkbox"/> |
| Dentista .....            | <input type="checkbox"/> | Dermatologo .....         | <input type="checkbox"/>         | Psicologo .....                             | <input type="checkbox"/> |
| Ortodentista .....        | <input type="checkbox"/> | Urologo .....             | <input type="checkbox"/>         | Chirurgo/ortopedico.....                    | <input type="checkbox"/> |
| Presso altri medici ..... | <input type="checkbox"/> | Presso quali? _____       | Nessuno <input type="checkbox"/> |   |                          |

**8. Il suo bambino è stato mai sottoposto ad una delle seguenti visite o trattamenti?**

- Informazioni dettagliate (ad es. operazioni ambulatoriali: polipi)
- |  |                          |       |
|--|--------------------------|-------|
| Valutazione diagnostica dello sviluppo .....         | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Permanenza in struttura di riabilitazione o cura ... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Test allergici .....                                 | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Operazioni ambulatoriali .....                       | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Trattamento ospedaliero .....                        | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nessuna visita/trattamento .....                     | <input type="checkbox"/> | _____ |

**9. Quali trattamenti o terapie di supporto sono stati somministrati fino ad oggi al bambino?**

- |                                      |                          |  |                          |                                    |   |
|--------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|---|
| Terapia ortofonica/Logoterapia ..... | <input type="checkbox"/> | Insegnamento di sostegno .....             | <input type="checkbox"/> | Trattamenti pedagogico-curativi... | <input type="checkbox"/>                      |
| Ergoterapia .....                    | <input type="checkbox"/> | Sostegno allo sviluppo linguistico (asilo) | <input type="checkbox"/> | Psicoterapia.....                  | <input type="checkbox"/>                      |
| Fisioterapia .....                   | <input type="checkbox"/> | Sostegno all'integrazione.....             | <input type="checkbox"/> | Assistenza alla famiglia .....     | <input type="checkbox"/>                      |
| Terapia ortodontica... ..            | <input type="checkbox"/> | Consulenza educativa .....                 | <input type="checkbox"/> | Consulenza psicologica.....        | <input type="checkbox"/>                      |
| Altri .....                          | <input type="checkbox"/> | Indicare trattamenti e/o terapie _____     |                          |                                    | Nessuno/Nessuna .... <input type="checkbox"/> |

**10. Il bambino ha mai avuto incidenti o avvelenamenti che hanno richiesto un trattamento medico?**

- |   |                          |                              |                          |                  |                          |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Incidente domestico .....                     | <input type="checkbox"/> | Incidente stradale .....     | <input type="checkbox"/> | Avvelenamento... | <input type="checkbox"/> |
| Incidente presso asilo/scuola/associazione... | <input type="checkbox"/> | Incidente in altro luogo ... | <input type="checkbox"/> | Nessuno .....    | <input type="checkbox"/> |

**11. Il bambino ha assunto farmaci nel corso dello scorso anno?**

No ...  Si...

Se sì, a causa di	Regolarmente	In caso di bisogno	Nome del farmaco
Allergie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilessia (attacchi convulsivi) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Iperattività .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Altri disturbi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**12. Desidera comunicare qualcos'altro riguardo il suo bambino?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### La risposta alle domande 13-22 è facoltativa!

Le domande servono in primo luogo per il programma sul monitoraggio sanitario a livello regionale. Sia la visita medica all'inizio del primo ciclo scolastico che quelle successive hanno luogo indipendentemente da queste domande. Nel dubbio potete lasciare anche singole domande senza risposta. Ciò ovviamente non comporta nessuno svantaggio per Lei o per il Suo bambino.

#### 13. Per quanto tempo è stato allattato il suo bambino?

- a. Non allattato .....       Meno di un mese .....       1 - 3 mesi .....   
 4 - 6 mesi .....       Più di 6 mesi .....       Non noto .....
- b. E' stato esclusivamente allattato fino al  mese di età.      Non noto .....

#### 14. Presso chi vive principalmente il bambino? (pregasi barrare una sola opzione)

- Presso i genitori naturali .....       Presso Istituto per l'infanzia .....   
 Presso la madre con il/la partner .....       Presso tutori/genitori adottivi .....   
 Presso la madre single .....       Presso altri membri della famiglia .....   
 Presso il padre con il/la partner .....       Presso terzi .....   
 Presso il padre single .....

#### 15. Quanti bambini vivono in tutto nella vostra famiglia? (compreso il bambino che verrà iscritto a scuola)

- 1 Bambino...     2 Bambini...     3 Bambini...     4 Bambini...     Più di 4 bambini...     Quanti? \_\_\_\_\_

#### 16. Quali lingue vengono parlate in famiglia? (è possibile la scelta multipla)

- Tedesco...     Altre lingue    ....     Quali? \_\_\_\_\_

#### 17. In quale stato siete nati? (pregasi indicare per entrambi i genitori)

- Madre .... In Germania .....     In un altro stato .....     In quale? \_\_\_\_\_  
 Padre .... In Germania .....     In un altro stato .....     In quale? \_\_\_\_\_

#### 18. Qual è la vostra nazionalità? (pregasi indicare per il bambino ed entrambi i genitori)

- Bambino. Tedesca..     Altra/ulteriore Nazionalità .....     Quale? \_\_\_\_\_  
 Madre .... Tedesca..     Altra/ulteriore Nazionalità .....     Quale? \_\_\_\_\_  
 Padre .... Tedesca..     Altra/ulteriore Nazionalità .....     Quale? \_\_\_\_\_

#### 19. Si fuma in casa vostra?

- Mai...       Occasionalmente...       Spesso...

#### 20. Che titolo di studio avete? (pregasi indicare solo il titolo più elevato per entrambi i genitori)

- |  | Madre/tutrice            | Padre/tutore             |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Diploma di Scuola secondaria di primo grado .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diploma di Scuola secondaria di primo grado .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maturità di Scuola secondaria superiore ad indirizzo specifico<br>(Dipl. di scuola secondaria superiore) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maturità generica (Diploma di maturità) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Altro titolo di studio .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Attualmente) in corso di formazione scolastica (studente) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scuola terminata senza titolo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**21. Ha un titolo di formazione professionale? Se sì, quale?**  
(pregasi indicare solo il titolo più elevato per entrambi i genitori)

	Madre/ tutrice	Padre/ tutore
Apprendistato (formazione professionale-aziendale) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Istituto professionale/Istituto commerciale (formazione scolastico-professionale) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Istituto ad indirizzo specialistico (es. Istituto tecnico, Accademia professionale) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Istituto superiore di qualificazione professionale, Scuola parauniversitaria di ingegneria ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Università, Politecnico .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro titolo di studio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ancora nel periodo di formazione .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessun titolo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. Chi ha risposto al questionario?**

Madre/tutrice ...     Nonna ...     Madre affidataria/adottiva ...     Fratello/Sorella del bambino..   
 Padre/tutore .....     Nonno...     Padre affidatario/adottivo ...     Altre persone .....