

SCHEDA DI ACCETTAZIONE DI: _____

| INFORMAZIONI GENERALI | |
|--|--------------------|
| Nome e cognome | |
| Luogo e data di nascita | |
| Nome e cognome dei genitori | |
| Indirizzo | Via |
| | Città |
| | Paese |
| | CAP |
| Recapiti telefonici | casa |
| | Cell. |
| | lavoro |
| Indirizzo e-mail | |
| Fratelli/sorelle M/F, età | |
| Nominativo del medico di riferimento | |
| Dati scuola | Sede frequentata |
| | Nominativo docenti |
| | Contatti |
| Terapie in corso (indicare tipo di terapia, nominativo del terapeuta e contatto) | |

| INFORMAZIONI MEDICHE | |
|---|--|
| Diagnosi attuale | |
| Eventuali diagnosi precedenti | |
| Se visite neurologiche, nome del medico | |
| Se effettuato, data ultimo EEG (elettroencefalogramma) | |
| Se effettuata, data ultima RMN (risonanza magnetica) e risultato | |
| Se effettuati, data esami metabolici ed endocrinologici | |
| Il bambino soffre di allergie (quali?) e/o asma? | |
| Tipo e data esami oculistici | |
| Tipo e data esami uditivi | |
| Utilizza qualche ausilio (ortopedico, aiuto alla comunicazione, etc.)? | |
| Ha sofferto / soffre di crisi epilettiche? (se si, specificare tipo di crisi e protocollo da applicare) | |
| Lista dei medicinali e loro dosaggi | |
| Eventuali problemi di masticazione e/o deglutizione | |
| <i>Altre informazioni utili</i> | |

| INFORMAZIONI PERSONALI | |
|--|--|
| Motricità fine (movimenti mani, coordinazione occhio - mano) | |
| Motricità grosso-motoria (come cammina, è impacciato? Coordinazione, ecc.) | |
| Abitudini alimentari. Mangia da solo? Consistenze preferite? Ci sono cibi che proprio non mangia? | |
| Autonomie e responsabilità (nutrirsi, vestirsi, igiene personale, sicurezza, spostamenti, abilità domestiche, soldi, tempo libero, etc.) | |
| Cosa preferisce fare a casa (da solo e con altri)? | |
| Generalmente preferisce stare da solo o in compagnia di altri (coetanei, adulti)? | |
| Descrivi la relazione attuale di tuo figlio con: | <i>Membri della famiglia (mamma, papà, fratelli/sorelle, nonni, zii, cugini, ecc.)</i> |
| | <i>Terapisti</i> |
| | <i>Insegnanti</i> |
| | <i>Coetanei/compagni di classe/amici</i> |
| <i>Altre informazioni utili</i> | |

| PERCORSO DIDATTICO | |
|---|---|
| Tipo di classe frequentata (numero allievi, ore sostegno, classe, livello, grado) | |
| Descrivi punti di forza e difficoltà nelle seguenti aree | <i>lettura</i> |
| | <i>scrittura (specificare anche se corsivo/stampato maiuscolo, minuscolo)</i> |
| | <i>matematica</i> |
| | <i>conoscenze generali</i> |
| | <i>altro</i> |
| <i>Altre informazioni utili</i> | |

| PERCORSO RIABILITATIVO | |
|---|--|
| Descrivi i trattamenti e le terapie correnti (singola, gruppo, numero di accessi a settimana, numero di ore a sessione) | |
| Quali si sono rilevate le strategie ed i trattamenti più utili fino ad ora? | |
| Cosa non si è rivelato utile? | |
| <i>Altre informazioni utili</i> | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| MODALITÀ COMUNICATIVE | |
|-----------------------|--|
|-----------------------|--|

| | |
|--|--|
| Precedenti valutazioni del linguaggio (se si, nome della logopedista e data) | |
| Comprensione verbale (fornire esempi precisi) | |
| Espressione verbale (fornire esempi precisi) | |
| Comunicazione non verbale, espressiva e recettiva | |
| Eventuali forme di comunicazione sostitutiva | |
| <i>Altre informazioni utili</i> | |

| SICUREZZA | |
|-----------|--|
|-----------|--|

| | |
|---|--|
| Eventuali comportamenti ossessivi o aggressivi verso sé stesso o verso gli altri | |
| Problemi comportamentali (descrivere l'intensità, dove, quando, come, frequenza, etc.) | |
| Se problemi comportamentali, quali sono i fattori scatenanti (a cui dovremo prestare attenzione)? | |

| | |
|---|--|
| Descrivi eventuali problemi di sicurezza (es. scappare, attraversamento stradale, ingestione di oggetti estranei) | |
| Procedure e contatti in caso di emergenza | |
| <i>Altre informazioni utili</i> | |

DESCRIVI I PUNTI DI FORZA DI TUO FIGLIO

| |
|--|
| |
|--|

ASPETTATIVE DEI GENITORI

| | |
|--|--|
| Scopo principale ed aspettative della frequenza a MindTime | |
| Principali preoccupazioni dei genitori | |
| <i>Altro</i> | |



| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Questa scheda è stata compilata da