

SCHEMA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione Nome operatore

Iniziali bambino: Nato/a il Sesso..... Età attuale

• DA 0 A 3 MESI

1) Se preso in braccio:

- Si adatta alla presa? Sì Q.v. No
- Si irrigidisce? Sì Q.v. No
- Si divincola? Sì Q.v. No
- È Ipotonico (diventa molle)? Sì Q.v. No

2) Si lascia facilmente vestire o spogliare? Sì Q.v. No

3) Mostra attenzione ai suoni dell'ambiente? Sì Q.v. No

4) È attratto dagli oggetti colorati? Sì Q.v. No

5) Durante il pasto partecipa attivamente con lo sguardo? Sì Q.v. No

6) Rifiuta l'alimentazione? Sì Q.v. No

7) Ha frequenti rigurgiti? Sì Q.v. No

8) È facilmente consolabile quando piange? Sì Q.v. No

9) Si lascia coccolare? Sì Q.v. No

10) Ha difficoltà ad addormentarsi? Sì Q.v. No

11) Il suo sonno è regolare (dorme circa..... ore al giorno)? Sì Q.v. No

12) Imita movimenti della bocca? Sì Q.v. No

13) Ha avuto difficoltà ad attaccarsi al seno nei primi 3 mesi? Sì Q.v. No

PUNTEGGIO: 0-10: NULLA DA SEGNALARE; **11-20:** RIVEDERE TRA TRE MESI; **OLTRE 20:** RIVEDERE TRA UN MESE

SCHEMA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione Nome operatore

Iniziali bambino: Nato/a il Sesso..... Età attuale

• DA 4 A 6 MESI

- | | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1) Mette in atto movimenti anticipatori? (es. apre la bocca quando sta per essere imboccato) | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 2) Se preso in braccio, si adatta alla presa? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 3) Partecipa al gioco con gli altri, soprattutto i genitori? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 4) Si lascia facilmente vestire o spogliare? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 5) Reagisce esageratamente a suoni e rumori? (soprassalta, si irrita, cerca di evitarli) | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 6) Si gira verso la fonte dello stimolo sonoro? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 7) Ha difficoltà a girare la testa verso un lato quando è disteso (è ruotata sempre da una parte)? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 8) È attratto dai giochi adatti all'età? (es. Sonagli, palline colorate...) | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 9) È capace di seguire con lo sguardo un oggetto in movimento? (es. macchina, bolla di sapone...) | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 10) Durante il pasto, partecipa attivamente con lo sguardo e con il corpo? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 11) Emette suoni spontanei (vocalizzi) e/o risponde ai suoni producendo altri suoni? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 12) Rifiuta l'alimentazione? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 13) Ha frequenti rigurgiti? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 14) È facilmente consolabile quando piange? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 15) Si lascia coccolare? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 16) Il suo sonno è irregolare? (difficoltà ad addormentarsi, sonno agitato, risvegli frequenti) | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 17) Imita movimenti/smorfie della bocca? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 18) Mantiene il contatto visivo con l'altro? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 19) Compie dei movimenti verso l'altro? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 20) Protende la mano verso l'oggetto? | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |

PUNTEGGIO: 0-10: NULLA DA SEGNALARE; **11-25:** RIVEDERE TRA TRE MESI; **OLTRE 25:** RIVEDERE TRA UN MESE

SCHEMA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione Nome operatore

Iniziali bambino: Nato/a il Sesso..... Età attuale

• da 7 a 12 mesi

- | | |
|--|--|
| 1) Guarda gli oggetti intorno a lui? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 2) È presente lallazione? (dice ma-ma, da-da, ba-ba...) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 3) È autonomo negli spostamenti (striscia, rotola, gattona, cammina)? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 4) Porta gli oggetti alla bocca? (es. ciuccio, sonagli, biscotti...) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 5) Ha reazioni eccessive verso o evita certi materiali o tessuti? (es. sabbia, lana ecc.) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 6) Mette in atto movimenti anticipatori? (es. protende le braccia verso l'adulto per essere preso) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 7) Si gira se chiamato per nome? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 8) Quando si fa molto male, piange poco? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 9) Di fronte a una difficoltà, tenta, prima di rinunciare, di superarla? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 10) Dorme troppo rispetto agli altri bambini (più di 14 ore totali durante la giornata)? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 11) Accetta il cucchiaino? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 12) Partecipa al gioco del cucù? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 13) È stato in grado di stare seduto da solo entro l'8° mese | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 14) Ripete i suoni? (es. versi degli animali...) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 15) Da seduto si gira per prendere un oggetto senza cadere? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 16) Imita i gesti dell'altro (es. ciao con la mano) ? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 17) Il suo sonno è irregolare? (difficoltà ad addormentarsi, sonno agitato, risvegli frequenti) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 18) Riconosce volti familiari e inizia a distinguere gli estranei? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 19) Si diverte a giocare con gli altri, soprattutto i genitori? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 20) Riesce a stare in piedi con appoggio a partire dal 10° mese? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |

PUNTEGGIO: 0-10: NULLA DA SEGNALARE; **11-25:** RIVEDERE TRA TRE MESI; **OLTRE 25:** RIVEDERE TRA UN MESE

SCHEMA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione Nome operatore

Iniziali bambino: Nato/a il Sesso..... Età attuale

• da 13 a 18 mesi

- | | |
|--|--|
| 1) Si gira se chiamato per nome? | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 2) Cammina sulle punte? | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 3) Tende a odorare o annusare oggetti o persone? | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 4) Ha gattonato entro il 12° mese? | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 5) Cerca oggetti che gli vengono nascosti? (es. un oggetto messo sotto un fazzoletto) | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 6) Imita i gesti o le azioni dell'altro? | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 7) Ha camminato entro il 15° mese? | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 8) Reagisce esageratamente di fronte a una negazione? (batte la testa o si butta a terra) | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 9) Produce almeno 5 parole con significato? | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 10) È selettivo nell'alimentazione? | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 11) Il suo sonno è irregolare? (difficoltà ad addormentarsi, sonno agitato, risvegli frequenti) | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 12) Porta il cibo alla bocca? (con la mano o con il cucchiaio) | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 13) Quando si fa molto male, piange poco? | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 14) Ha reazioni eccessive verso o evita certi materiali o tessuti? (es. sabbia, lana ecc.) | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 15) Imita i versi degli animali? | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 16) Indica per richiedere qualcosa? | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 17) Ha oggetti o persone preferiti? | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 18) Ripete suoni o gesti per richiamare l'attenzione? | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 19) Mette in atto movimenti anticipatori? (es. protende le braccia verso l'adulto per essere preso)? | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 20) Fa un uso appropriato degli oggetti? (es. posate per mangiare, mattoncini per fare una torre) | Si <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |

PUNTEGGIO: 0-10: NULLA DA SEGNALARE; **11-25:** RIVEDERE TRA TRE MESI; **OLTRE 25:** RIVEDERE TRA UN MESE

SCHEMA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione Nome operatore

Iniziali bambino: Nato/a il Sesso..... Età attuale

▪ da 19 a 24 mesi

- | | |
|---|------------------|
| 1) Reagisce esageratamente a suoni e rumori? (si tappa le orecchie, grida, si irrita) | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 2) Ha reazioni eccessive verso o evita certi materiali o tessuti? (sabbia, lana ecc.) | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 3) Tende a portare gli oggetti alla bocca e/o a leccare? | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 4) Ha eccessiva salivazione? (perde saliva dalla bocca) | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 5) Fa un uso appropriato degli oggetti? (es. posate per mangiare, mattoncini per fare una torre) | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 6) È in grado di alternare lo sguardo fra l'adulto e l'oggetto d'interesse e/o fra due adulti? | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 7) È presente il gioco rappresentativo? ("far finta di") | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 8) Compone frasi di 2 o più parole? | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 9) Cammina da solo? | Sì ① Q.v. ① No ② |
| - Se sì, cade o inciampa spesso? | Sì ② Q.v. ① No ① |
| - Se no, cammina con sostegno? | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 10) Si gira se chiamato per nome? | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 11) Il suo sonno è irregolare? (difficoltà ad addormentarsi, sonno agitato, risvegli frequenti) | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 12) Si alimenta senza problemi? | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 13) Porta a termine un'attività? (es. puzzle a 2-3 pezzi, torre ecc.) | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 14) Quando si fa molto male, piange poco? | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 15) Riesce a soffiare (es. bolle, candela) / succhiare (es. cannuccia) / fare la pernacchia? | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 16) Produce almeno 20 parole con significato? | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 17) Reagisce esageratamente di fronte a una negazione? (batte la testa o si butta a terra) | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 18) Indica per richiedere e/o mostrare qualcosa? | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 19) Imita i gesti o le azioni dell'altro? | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 20) Mostra interesse per gli altri bambini? | Sì ① Q.v. ① No ② |

PUNTEGGIO: 0-10: NULLA DA SEGNALARE; **11-25:** RIVEDERE TRA TRE MESI; **OLTRE 25:** RIVEDERE TRA UN MESE