

## SCHEMA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione ..... Nome pediatra .....

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

Età gestazionale (alla nascita): ..... Età attuale: mesi ..... Età corretta: mesi .....

Lunghezza: cm..... Peso: kg..... BMI:..... C.C.: cm.....

### • 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/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 l'allattamento 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 (dialogo tonico)? 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
- 14) Sorride in risposta al volto e/o alla voce del caregiver? Sì  Q.v.  No
- 15) Presenta il riflesso di prensione palmare? Sì  Q.v.  No

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

**LEGENDA:** Q.v. = QUALCHE VOLTA – Sì = Sì – No = No

**AUTORI:** FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO, MAGDA DI RENZO, DAVIDE TRAPOLINO, EMANUELE TRAPOLINO, ELENA VANADIA

## SCHEMA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione ..... Nome pediatra .....

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

Età gestazionale (alla nascita): ..... Età attuale: mesi ..... Età corretta: mesi .....

Lunghezza: cm..... Peso: kg..... BMI:..... C.C.: cm.....

### • 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) <b>Richiama l'attenzione se l'adulto interrompe una sequenza interattiva?</b>                          | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/>            |
| 4) Si lascia facilmente vestire/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 checked="" 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) <b>Ha difficoltà a girare la testa verso un lato quando è disteso (è ruotata sempre da una parte)?</b> | Sì <input checked="" type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 8) <b>È attratto dai giochi adatti all'età? (es. sonagli, palline colorate...)</b>                        | 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 l'allattamento o 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) <b>Emette suoni spontanei (vocalizzi, lallazioni) e/o risponde ai suoni producendo altri suoni?</b>   | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/>            |
| 12) Rifiuta l'alimentazione?  | Sì <input checked="" type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 13) Ha frequenti rigurgiti?   | Sì <input checked="" 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 (dialogo tonico)?   | 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 checked="" type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 17) Imita movimenti semplici ed espressioni facciali?   | 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) <b>Regge bene il capo?</b>  | 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

**LEGENDA:** Q.v. = QUALCHE VOLTA – Sì = Sì – No = No

**AUTORI:** FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO, MAGDA DI RENZO, DAVIDE TRAPOLINO, EMANUELE TRAPOLINO, ELENA VANADIA

## SCHEMA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione ..... Nome pediatra .....

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

Età gestazionale (alla nascita): ..... Età attuale: mesi ..... Età corretta: mesi .....

Lunghezza: cm..... Peso: kg..... BMI:..... C.C.: cm.....

### • da 7 a 12 mesi

- |  |  |
|--|--|
| 1) Guarda e afferra gli oggetti intorno a lui?   | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| <b>2) È presente lallazione? (dice ma-ma, da-da, ba-ba...)</b>                                     | 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"/> |
| <b>7) Si gira se chiamato per nome?</b>  | 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) Mostra curiosità per gli oggetti e tenta di raggiungerli se sono fuori portata?                 | 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"/> |
| <b>13) È stato in grado di stare seduto da solo entro l'8° mese</b>                                | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 14) Ripete i suoni e/o prime parole? (es. versi degli animali, mamma, papà)                        | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 15) Da seduto o carponi si gira per prendere un oggetto?   | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| <b>16) Imita i gesti dell'altro (es. ciao con la mano)?</b>  | 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"/> |
| <b>19) Si diverte a giocare con gli altri, soprattutto i genitori?</b>                             | 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

**LEGENDA:** Q.v. = QUALCHE VOLTA – Sì = Sì – No = No

**AUTORI:** FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO, MAGDA DI RENZO, DAVIDE TRAPOLINO, EMANUELE TRAPOLINO, ELENA VANADIA

## SCHEMA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione ..... Nome pediatra .....

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

Età gestazionale (alla nascita): ..... Età attuale: mesi ..... Età corretta: mesi .....

Lunghezza: cm..... Peso: kg..... BMI:..... C.C.: cm.....

### • 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 un oggetto dopo aver visto che è stato nascosto? (es. 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) Sfoglia le pagine di un libro?   | 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) Mostra preferenza per alcuni giochi e persone?   | 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

**LEGENDA:** Q.v. = QUALCHE VOLTA – Si = Sì – No = NO

**AUTORI:** FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO, MAGDA DI RENZO, DAVIDE TRAPOLINO, EMANUELE TRAPOLINO, ELENA VANADIA

## SCHEMA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione ..... Nome pediatra .....

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

Età gestazionale (alla nascita): ..... Età attuale: mesi ..... Età corretta: mesi .....

Lunghezza: cm..... Peso: kg..... BMI:..... C.C.: cm.....

### ▪ da 19 a 24 mesi

- |   |      |        |      |
|---|------|--------|------|
| 1) Reagisce esageratamente a suoni e rumori? (porta le mani alle 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 scialorrea? (perde saliva dalla bocca)  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| <b>5) Fa un uso appropriato degli oggetti? (es. posate per mangiare, mattoncini per fare una torre)</b> | 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 |
| <b>8) Compone frasi di 2 o più parole?</b>  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| <b>9) Cammina da solo?</b>  | 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 |
| <b>10) Si gira se chiamato per nome?</b>  | 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 a 4-6 pezzi 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 |
| <b>16) Produce almeno 20 parole con significato?</b>  | 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 |
| <b>18) Indica per richiedere e/o mostrare qualcosa?</b>   | 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

**LEGENDA:** Q.v. = QUALCHE VOLTA – Sì = Sì – No = No

**AUTORI:** FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO, MAGDA DI RENZO, DAVIDE TRAPOLINO, EMANUELE TRAPOLINO, ELENA VANADIA