



ASSOCIAZIONE LA VITE ED I TRALCI – ONLUS

Via F.D. Guerrazzi, 22

24127 Bergamo

Tel. 035/256223 - Cell. 331/8700195

ONLUS

Gentili genitori vi chiediamo di compilare il seguente questionario al fine di programmare un soggiorno il più possibile adeguato alle esigenze e alle caratteristiche dei vostri figli.

Il questionario deve essere compilato in ogni sua parte.

Per ulteriori informazioni telefonare alle Sig. Giuliana Villa e/o Raffaella Beneducci

ai seguenti n. 3318700195 - 035 256223 - 3452388378

SCHEMA DI PARTECIPAZIONE

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL RAGAZZO/A:

Nome e cognome: _____

Data di nascita: _____

Scuola e ultima classe frequentata: _____

E'era seguito/a da un insegnante di sostegno? No Sì. N. ore settimanali _____

E'era seguito/a da un educatore a casa o a scuola? No Sì. N. ore settimanali _____

Attività riabilitative in corso od effettuate (logopedia, fisioterapia, psicomotricità, ecc.) e struttura di riferimento:

Nel caso in cui non sia più in età scolare, indicare le attività ricreative, lavorative o educative svolte regolarmente :
frequentazione centro diurno, occupazioni lavorative presso centri giochi, interessi particolari, televisione/computer,
gruppi di socializzazione (oratorio, scout, ecc.), attività creative o manipolatorie (disegno, costruzioni, ecc.), uscite
all'aria aperta ecc (allegare schema settimanale).

Attività praticate durante la settimana:

lunedì:

martedì

mercoledì

giovedì

venerdì

sabato

domenica

Saltuariamente _____

Punti di forza e abilità (es. abilità quali suonare uno strumento, cucire, disegnare, ecc e punti di forza quali l'essere ironico, generoso con gli altri, affettuoso, responsabile, ecc).

INFORMAZIONI RELATIVE AL GRUPPO FAMILIARE:

Nome e cognome della madre: _____

Anno e luogo di nascita _____

Indirizzo: _____

Professione: _____

Indirizzo e-mail: _____

Numero di telefono e di cellulare: _____

Nome e cognome del padre: _____

Anno di nascita: _____

Indirizzo _____

Professione: _____

Indirizzo e-mail: _____

Numero di telefono e di cellulare: _____

I due genitori sono separati? sì no

Se sì, il/la ragazzo/a vede regolarmente entrambi i genitori? sì no (Si prega di specificare: _____)

In caso di presenza di fratelli o sorelle:

Nome: _____

Anno di nascita _____

Nome: _____

Anno di nascita _____

Nome: _____

Anno di nascita _____

Parenti o altre persone significative per il ragazzo/a:

RAPPORTO CON GLI ALTRI

11. Stabilisce facilmente buoni rapporti con i coetanei?

Per niente Poco Abbastanza Molto

12. Stabilisce facilmente buoni rapporti con gli adulti?

Per niente Poco Abbastanza Molto

13. Tende ad isolarsi o ha tendenza alla fuga (specificare quale delle due o se entrambi)?

Per niente Poco Abbastanza Molto

Specificare in quali circostanze (ad esempio, quando le attività non lo/la interessano, ecc):

14. Si mostra ansioso/a quando deve separarsi dai genitori o dalle figure più familiari?

Per niente Poco Abbastanza Molto

15. Collabora in faccende domestiche come apparecchiare, sparecchiare, fare il proprio letto?

Per niente Poco Abbastanza Molto

16. Rispetta le regole?

Per niente Poco Abbastanza Molto

17. Segnalare se ci sono persone con cui non va d'accordo

18. Avete notato la presenza di impulsi sessuali?

Per niente Poco Abbastanza Molto

Come si esprimono?

COMPORAMENTI AGGRESSIVI

17. Tende ad essere aggressivo/a verbalmente?

Per niente Poco Abbastanza Molto

Specificare (per esempio, fa il/la prepotente, minaccia, insulta, ecc) _____

Nei confronti di familiari

estranei

18. Tende ad essere aggressivo/a fisicamente?

Per niente Poco Abbastanza Molto

Specificare (per esempio, picchia, rompe oggetti, ecc) _____

Che cosa in genere causa la sua aggressività? _____

Che cosa in genere calma la sua aggressività? _____

COMPORAMENTI AUTOLESIVI

19. Ha comportamenti autolesivi? (skin picking: grattarsi qualche parte del corpo in modo compulsivo fino anche a causare ferite e a farle sanguinare; tricotillomania: tirarsi i capelli fino a strapparli, o comportamenti autolesivi di altro genere)

Per niente Poco Abbastanza Molto

Specificare di che tipo: _____

Che cosa li causa? _____

Che cosa li interrompe? _____

PERSEVERANZA

20. Ha delle fissazioni del pensiero, dei rituali, tematiche ossessive ricorrenti? (in caso affermativo specificare)

21. Si mostra rigido/a o disorientato/a di fronte alle situazioni nuove oppure di fronte ai cambiamenti?

Per niente Poco Abbastanza Molto

22. Tende a collezionare? Che cosa? _____

23. Tende a rubare? Che cosa? _____

MOTRICITA'

22. E' in grado di svolgere attività fisica (passeggiate, ginnastica dolce, giochi all'aperto)?

sì

no

dipende

specificare:

Pratica volentieri attività fisica?

Altre informazioni ritenute utili per il soggiorno:

DATA _____

FIRMA del genitore (o chi ne fa le veci) _____

DATI INFORMATIVA MEDICA (mod.2)

COGNOME: **NOME:**

Data di nascita: Luogo di nascita:

Indirizzo:

Recapiti telefonici (presso i quali prendere contatto con i genitori durante il soggiorno):

Abitazione: Cellulare/i:

Struttura Ospedaliera di riferimento:

.....

Nome del Medico Ref. presso la struttura:

Tel.....Email.....

Nome del medico di Famiglia:

Tel.....Email.....

DIAGNOSI:

Peso del paziente: **Statura del paziente:**.....

Patologie associate:

1) CARDIACHE: NO SI Se sì quale?

2) POLMONARI: NO SI Se sì quale?

3) NEUROLOGICHE: NO SI Se sì quale?

4) ALLERGIE a farmaci: NO SI Se sì quale?

5) ALLERGIE alimentari: NO SI Se sì quale?

Altre allergie (animali, pollini, inalanti...):

.....

6) PSICHIATRICHE: NO SI Se si indicare nome del medico di riferimento

Tel.....Email.....

7)PATOLOGIE SURRENALICHE: Insufficienza – Alterazioni.....

8) INTOLLERANZA GLUCIDICA/DIABETE: NO SI

Se si specificare la terapia

EVENTUALI EPISODI IPOGLICEMICI

Allegare fotocopia ultimi esami di riferimento: EMOGLOBINA GLICATA

9)ALTRE PATOLOGIE:

.....

.....

Indossa corsetto ortopedico

NO Sì

Se si specificare quanto se solo di notte o anche durante il giorno.....

.....

Assunzione di Terapie Farmacologiche:

NO Sì

Se si specificare il nome del farmaco, la formulazione (compresse, capsule, cerotti, sospensione ecc.), la via di somministrazione, il dosaggio preciso e gli orari di assunzione:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

Altre:

Problemi legati al ritmo sonno-veglia:

A che ora è abituato ad addormentarsi A svegliarsi la mattina?

Presenta risvegli durante la notte? NO Sì

Se sì, come si comporta quando si sveglia?

.....
.....

Altri problemi da evidenziare:

.....

Firma del genitore (o chi ne fa le veci): Data:

MODULO AUTORIZZAZIONE GENITORI (Mod.3)

Dati del partecipante:

COGNOME: **NOME:**

Data di nascita: Luogo di nascita:

Indirizzo:

Recapiti telefonici (presso i quali prendere contatto con i genitori durante il soggiorno):

Abitazione: Cellulare/i:

Dati del genitore o di chi ne fa le veci:

Io sottoscritto/a (cognome) (nome)....., in qualità di

.....

AUTORIZZO

mio/a figlio/a a partecipare al soggiorno formativo che si terrà presso

Associazione LA VITE ED I TRALCI via Guerrazzi n. 22 Bergamo

Dal al.....

Autorizzo inoltre mio/a figlio/a a partecipare a tutte le attività proposte durante il periodo sopraindicato.

In caso di urgenza e nell'eventuale impossibilità di reperire i genitori, autorizzo gli accompagnatori a prendere decisioni in mia vece. In fede,

Nome e Cognome del genitore (o chi ne fa le veci):

Firma del genitore (o chi ne fa le veci):

Nome e Cognome di un accompagnatore:

Firma dell'accompagnatore:

Data:

QUESTIONARIO SULL'IPERFAGIA

Istruzioni: Per ognuna delle domande qui sotto, barrare la casella che corrisponde meglio a suo figlio.

1. In generale, qual è il grado di contrarietà di suo figlio quando il cibo che desidera gli viene negato?

- Non particolarmente contrariato
- Un pò contrariato
- Abbastanza contrariato
- Molto contrariato
- Estremamente contrariato

2. Con che frequenza suo figlio cerca di contrattare o manipolare le persone per ottenere più cibo durante i pasti?

- Qualche volta l'anno
- Qualche volta al mese
- Qualche volta la settimana
- Più volte la settimana
- Più volte al giorno

3. Una volta che suo figlio pensa al cibo, è facile per lei o per le altre persone distogliere la sua attenzione dal cibo e rivolgerla verso altre cose?

- Estremamente facile, richiede un minimo sforzo
- Molto facile, richiede solo un po' di sforzo
- Abbastanza difficile, richiede un certo sforzo
- Molto difficile, richiede molto lavoro
- Estremamente difficile, richiede un lavoro costante e difficile

4. Con quale frequenza suo figlio cerca cibo nella spazzatura?

- Mai
- Qualche volta l'anno
- Da una a due volte al mese
- Da una a tre volte la settimana
- Da quattro a sette volte la settimana

5. Con quale frequenza suo figlio si alza di notte in cerca di cibo?

- Mai
- Qualche notte l'anno
- Da una a due notti al mese
- Da una a tre notti la settimana
- Da quattro a sette notti la settimana

6. Fino a che punto suo figlio può dimostrarsi perseverante nella richiesta o ricerca di cibo dopo che gli si dice "No" o "Non non ne puoi avere di più! "?

- Abbandona rapidamente e facilmente la ricerca di cibo
- Abbandona abbastanza rapidamente e facilmente la ricerca di cibo
- È piuttosto perseverante nella sua ricerca di cibo
- È molto perseverante nella sua ricerca di cibo
- È estremamente perseverante nella sua ricerca di cibo

7. Al di fuori degli orari dei pasti, per quanto tempo suo figlio a parla di cibo o ha comportamenti legati al cibo?

- Meno di 15 minuti al giorno
- Da 15 a 30 minuti al giorno
- Da 30 minuti a un'ora al giorno
- Da 1 a 3 ore al giorno
- Più di 3 ore al giorno

8. Con quale frequenza suo figlio cerca di rubare il cibo (che lei sappia)?

- Qualche volta l'anno
- Qualche volta al mese
- Qualche volta la settimana
- Più volte la settimana
- Più volte al giorno

9. Quando gli altri cercano di impedire a suo figlio di parlare di cibo o di avere comportamenti legati al cibo, ciò generalmente causa:

- Nessun malessere o contrarietà
- Un leggero malessere o contrarietà
- Un malessere o contrarietà moderati
- Un malessere o contrarietà gravi
- Un malessere estremo; non è generalmente possibile fermare questi comportamenti.

10. Fino a che punto suo figlio si può mostrare scaltro o svelto nell'ottenere il cibo?

- Non particolarmente
- Leggermente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

11. Fino a che punto i pensieri, i discorsi o i comportamenti legati al cibo interferiscono con la routine quotidiana le sue cure personali, la scuola o il lavoro di suo figlio?

- Nessuna interferenza
- Interferenza lieve: interferenza occasionale legata al cibo nel compimento dei compiti scolastici, del lavoro o dell'igiene personale
- Interferenza moderata: interferenza frequente legata al cibo nel compimento dei compiti scolastici, del lavoro o dell'igiene personale
- Interferenza grave: interferenza quasi quotidiana legata al cibo nel compimento dei compiti scolastici, del lavoro o dell'igiene personale
- Interferenza estrema: spesso non è in grado di partecipare ai compiti di igiene personale, o di recarsi a scuola o al lavoro a causa delle difficoltà legate al cibo

Adattato da Dykens, E.M., Maxwell, M.A., Pantino, E., Kossler, R., and Roof, E. (2007). Assessment of hyperphagia in Prader-Willi syndrome. *Obesity (Silver Spring)* 15, 1816-1826.