



ASSOCIAZIONE LA VITE ED I TRALCI – ODV

Via F.D. Guerrazzi, 22

24127 Bergamo

Tel. 035/256223 - Cell. 331/8700195

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

SCHEDA 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 _____

ASSOCIAZIONE LA VITE ED I TRALCI – ODV

Via F.D. Guerrazzi, 22 - 24127 Bergamo

Iscritta al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) REP. N. 119651– C.F. 95223970161,

email: laviteeditralci@gmail.com – email PEC: laviteeditralci@namirialpec.it

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:

SCHEDA COMPORTAMENTALE

1. A che ora è abituato/a
ad alzarsi il mattino? _____
ad andare a dormire la sera? _____
2. E' abituato/a a coricarsi per un riposino, al pomeriggio? sì no
Se sì, di che durata? In che orari? _____

RAPPORTO CON IL CIBO

Segue uno schema alimentare ? _____

Prescritto da chi? _____

a tavola ha bisogno di aiuto?

3. Riesce ad autolimitarsi nel cibo? (sia durante i pasti che fuori dai pasti)

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto

4. Come reagisce alle limitazioni di cibo imposte? (rabbia, pianto, aggressività, ecc...)

5. Allegare uno schema dei cibi assunti nel corso di una settimana recente, con orari e pesi (se misurati) degli alimenti.

Per le persone con PWS compilare l'allegato questionario sulla iperfagia.

CURA DI SE' E DI EFFETTI PERSONALI

6. Si lava da solo/a? sì no
in modo O accurato O ossessivo O superficiale
utilizza shampoo e saponi in quantità O regolare O eccessiva
7. Si veste da solo/a? sì no
8. Va in bagno da solo/a? sì no
9. Sa gestire oggetti inseriti in uno zainetto (soldi, fazzoletti, penna, bottiglie)

ESPERIENZE DI AUTONOMIA PRECEDENTI

10. Ha già partecipato a gite in assenza di genitori o familiari?
- ☐ Per niente ☐ Poche volte ☐ più volte ☐ Spesso

Se sì, quando e di che durata? _____

Da chi è stata organizzata la gita/soggiorno?

E' stata un'esperienza gratificante per lui/lei?

si no solo in parte (specificare)

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?

COMPORTAMENTI 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? _____

COMPORTAMENTI 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 sì indicare nome del medico di riferimento

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

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

8) INTOLLERANZA GLUCIDICA/DIABETE: NO Si

Se sì specificare la terapia

EVENTUALI EPISODI IPOGLICEMICI

Allegare fotocopia ultimi esami di riferimento: EMOGLOBINA GLICATA

9) ALTRE PATOLOGIE:

.....

Indossa corsetto ortopedico

NO

Sì

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

Assunzione di Terapie Farmacologiche:

NO

Sì

Se sì 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.