

Genitori,

*nelle pagine seguenti
saranno racchiuse una serie di notizie necessarie
alla conoscenza presente e futura di Vostro figlio.*

*Questo Libretto
è un documento di Vostra proprietà
che dovrà accompagnare ogni visita del Vostro Bambino.*

*Pertanto, portatelo sempre con Voi,
nei Vostri viaggi, sia in Italia che all'Estero,
e fatelo compilare dal Pediatra o da altri Medici
che eventualmente visitino Vostro Figlio.*

Educare significa guidare senza soffocare il temperamento del bambino, alternando soddisfazioni a piccole frustrazioni, in modo da abituarlo a non reagire solo con la ribellione o la collera a una frustrazione vera.

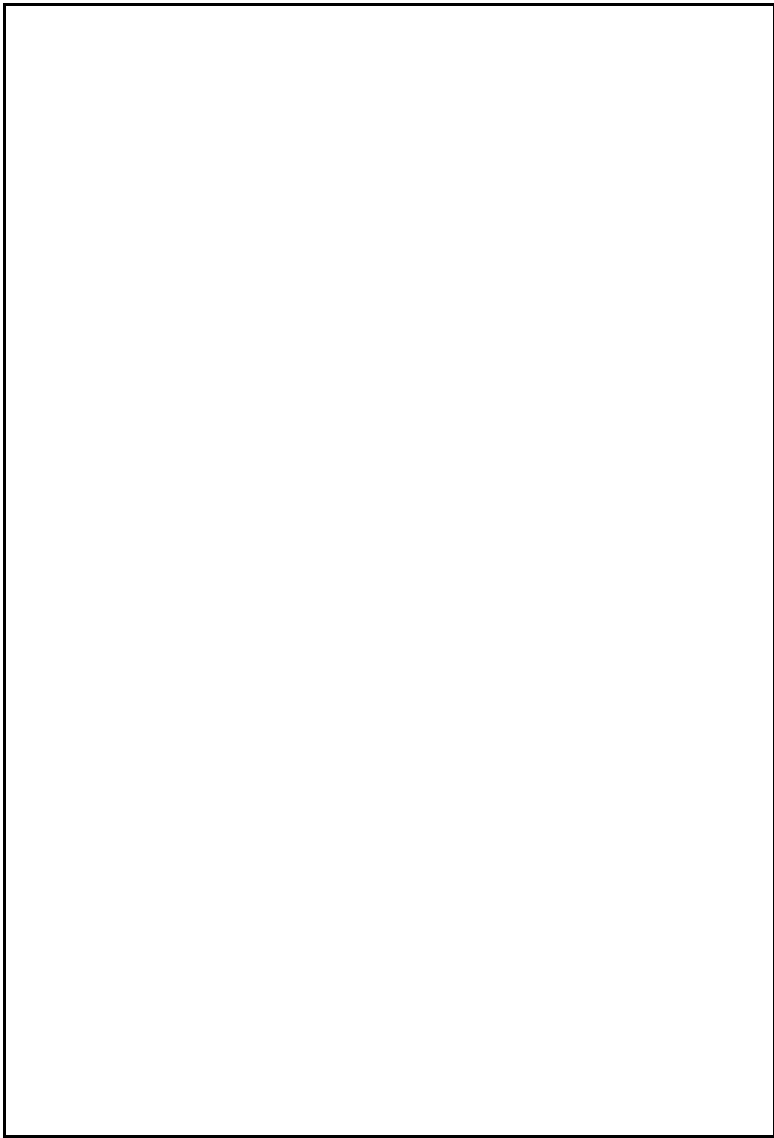
Giovanni Bollea.

Indice

FOTO PERSONALE	4
DATI ANAGRAFICI	5
GRAVIDANZE PRECEDENTI.....	6
ANAMNESI OSTETRICA.....	6
ANAMNESI NEONATALE.....	7
ANAMNESI FAMILIARE	9
PATOLOGIE NEI FAMILIARI.....	10
SVILUPPO PSICOMOTORIO	11
CALENDARIO DELLA DENTIZIONE.....	12
VACCINAZIONI OBBLIGATORIE	13
VACCINAZIONI RACCOMANDATE	14
MALATTIE INFETTIVE	16
PATOLOGIE DI RILIEVO	17
VISITE SPECIALISTICHE	18
INTERVENTI CHIRURGICI - TRAUMI O FRATTURE.....	20
ALLERGIE A FARMACI.....	21
ALLERGIE ALIMENTARI.....	22
ALLERGIE AD INALANTI.....	23
BILANCIO DI SALUTE A 1 MESE.....	24
DIARIO DA 1 A 3 MESI.....	26
BILANCIO DI SALUTE A 3 MESI	27
DIARIO DA 3 A 6 MESI.....	28
BILANCIO DI SALUTE A 6 MESI	30
DIARIO DA 6 A 9 MESI.....	31
VISITA A 9 MESI.....	33
DIARIO DA 9 A 12 MESI.....	34
BILANCIO DI SALUTE A 1 ANNO.....	36
DIARIO DA 12 A 18 MESI.....	37
BILANCIO DI SALUTE A 18 MESI	39
DIARIO DA 18 A 24 MESI.....	40
BILANCIO DI SALUTE A 24 MESI	42
DIARIO DA 24 A 30 MESI.....	43
VISITA A 30 MESI.....	45
DIARIO DA 30 A 36 MESI.....	46
BILANCIO DI SALUTE A 3 ANNI.....	48
DIARIO DA 3 A 4 ANNI	49
BILANCIO DI SALUTE A 4 ANNI.....	51
DIARIO DA 4 A 5 ANNI	52

VISITA A 5 ANNI.....	54
DIARIO DA 5 A 6 ANNI	55
BILANCIO DI SALUTE A 6 ANNI.....	57
DIARIO DA 6 A 7 ANNI	58
VISITA A 7 ANNI.....	60
DIARIO DA 7 A 8 ANNI	61
VISITA A 8 ANNI.....	63
DIARIO DA 8 A 9 ANNI	64
VISITA A 9 ANNI.....	66
DIARIO DA 9 A 10 ANNI	67
BILANCIO DI SALUTE A 10 ANNI.....	69
DIARIO DA 10 A 12 ANNI	70
VISITA A 12 ANNI.....	72
DIARIO DA 12 A 14 ANNI	73
BILANCIO DI SALUTE A 14 ANNI.....	75
GRAFICO PESO E LUNGHEZZA FEMMINE 0-36 MESI.....	76
GRAFICO PESO E STATURA FEMMINE 2-18 ANNI	77
CIRC.CRANICA E RAPPORTO PESO/LUNGHEZZA FEMMINE .	78
GRAFICO PESO E LUNGHEZZA MASCHI 0-36 MESI.....	79
GRAFICO PESO E STATURA MASCHI 2-18 ANNI	80
CIRC.CRANICA E RAPPORTO PESO/LUNGHEZZA MASCHI	81

Foto Personale



Dati Anagrafici

Cognome: |_|

Name: |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Data di Nascita: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Sesso:

Nome del Padre: |_|

Cognome della Madre: |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Nome della Madre:

[illegible]

Via / Piazza: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefono: |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

[illegible]

Codice Sanitario: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Esenzione Ticket: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Gruppo e fattore Rh: |__|__| - |__|

Gravidanze Precedenti

Nati Vivi:	☐ ☐	Nati Morti:	☐ ☐		
Aborti Spontanei:	☐ ☐	I.V.G.:	☐ ☐		
	Si	No	Si	No	
S.G.A.:	☐	☐	Alloimmunizzazione:	☐	☐
Macrosomia:	☐	☐	Profilassi Anti-D:	☐	☐

Anamnesi Ostetrica

Gestazione: ☐☐☐ Settimane

Fattori di Rischio:

	Si	No		Si	No
Minaccia d'aborto:	☐	☐	Traumi:	☐	☐
Diabete:	☐	☐	Febbri di N.d.D.:	☐	☐
Iperensione:	☐	☐	Rosolia:	☐	☐
Obesità	☐	☐	Toxoplasmosi:	☐	☐
Anemia Hb<9 gr/l:	☐	☐	Cytomegalovirosi:	☐	☐
Incompatibilità AB0:	☐	☐	Tubercolosi:	☐	☐
Test Coombs Pos.:	☐	☐	Infezioni Genitali:	☐	☐
Minac. Parto Prem.:	☐	☐	Sifilide:	☐	☐
Gestosi:	☐	☐	Herpes Genitale:	☐	☐

Assunzione di:

	Si	No	
Farmaci:	☐	☐	_____
Alcool:	☐	☐	
Fumo di tabacco:	☐	☐	
Stupefacenti:	☐	☐	_____

Aumento di Peso: ☐☐☐ Kg.

Anamnesi Neonatale

Data di Nascita: -- Ora di Nascita: :

Tipo di Parto

Spontaneo:		Indotto:	
Con Ventosa:		Con Forcipe:	
TC di elezione:		TC di emergenza:	

Peso:		Calo fisiologico:	
-------	----------------------	-------------------	----------------------

Lunghezza:		Circonf. Cranica:	
------------	----------------------	-------------------	----------------------

Apgar 1' min.:		Apgar 5' min.:	
----------------	----------------------	----------------	----------------------

	Si	No		Si	No
Ha Pianto Subito:			È stato Rianimato:		

Ha presentato

	Si	No		Si	No
Cianosi:			Depres. Respiratoria:		
Bradycardia:			Ipoglicemia:		
Ipotermia:			Convulsioni:		
Ipocalcemia:			Ittero:		

È Stato Sottoposto a

	Si	No		Si	No
Ranim. Primaria:			Ventilaz.c/masch		
			∴		
Aspir.			Intubazione:		
Endotrach.:					
Somminist. di			Massag.		
O ₂ :			Cardiaco:		
Fototerapia:			Exanguinotrasfus		
			∴		

Eseguito Screening per

	Si	No		Si	No
Aminoacidopatie	☐	☐	Fibrosi Cistica:	☐	☐
:					
Ipotiroidismo:	☐	☐	Galattosemia:	☐	☐
Lussaz.	☐	☐	Sordità	☐	☐
dell'Anca:			Congenita:		

Anamnesi Familiare

Padre

Madre

Data Nascita: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

|_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Professione: _____

Titolo di Studio

Nessuno: |_|

|_| Nessuno:

Elementare: |_|

|_| Elementare:

Medie Inferiori: |_|

|_| Medie Inferiori:

Dipl. di Qualifica: |_|

|_| Dipl. di Qualifica:

Diploma di Maturità |_|

|_| Diploma di Maturità:

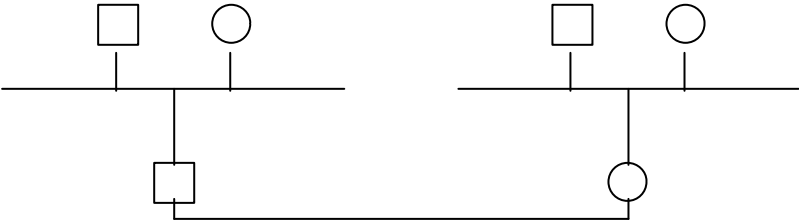
Diploma di Laurea: |_|

|_| Diploma di Laurea:

Laurea: |_|

|_| Laurea:

Albero Genealogico



Patologie nei Familiari

Nulla da Segnalare: ☐

Indica se deceduti: ☐ Pad ☐ Mad ☐ Frat ☐ Sore ☐ No. ☐ Na. ☐ No. ☐ Na. ☐ Zii ☐ Zii

☐ Pat ☐ Pat ☐ Mat ☐ Mat ☐ Pat ☐ Mat

[illegible]

Diabete: | | | | | | | | |

[illegible][illegible][illegible]

Malattie Emolitiche:

[illegible]

Malformazioni: 

Mal. Neurologiche:

Lussazione congenita delle Anche:

Neoplasie:

Malattie Renali:

[illegible]

 : | | | | | | | | | |

_____ : | | | | | | | | | |

_____ : | | | | | | | | | |

_____ : | | | | | | | | | |

Sviluppo Psicomotorio

Tappa Evolutiva	Età
Solleva il Capo dalla posizione Prona:	_ _ mesi
Tiene il Capo Eretto stando Seduto:	_ _ mesi
Si Gira sull'Addome e Viceversa:	_ _ mesi
Sta Seduto per almeno 5 Secondi con Appoggio Adatto:	_ _ mesi
Sta Seduto Senza Appoggio:	_ _ mesi
Sa tenere la posizione quadrupede (gattona):	_ _ mesi
Si Alza in Piedi e si Tiene ad un Sostegno:	_ _ mesi
Resta in Piedi alcuni Secondi Senza Sostegno:	_ _ mesi
Primi Passi Senza Sostegno:	_ _ mesi
Lallazioni:	_ _ mesi
Prime Parole:	_ _ mesi
Sale e scende le scale tenuto per mano:	_ _ mesi
Controlla gli sfinteri:	_ _ mesi
Batte le mani e fa ciao:	_ _ mesi
Riconosce i Colori Primari (Rosso, Blu, Giallo):	_ _ mesi
Conosce e sa pronunciare il proprio nome:	_ _ mesi
Corre Bene:	_ _ mesi

Calendario della Dentizione

Dentatura Decidua

Sup Dx					Sup Sx				
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V

Inf Dx					Inf Sx				
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V

N.B. Indicare l’Epoca di eruzione (in MESI) dei Singoli Denti Decidui e con una “C” o altro simbolo quelli con CARIE.

Dentatura Permanente

Sup Dx								Sup Sx							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Inf Dx								Inf Sx							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

N.B. Indicare l’Epoca di eruzione (in ANNI) dei Singoli Denti Permanenti e con una “C” o altro simbolo quelli con CARIE.

Vaccinazioni Obbligatorie

Vaccino	Data	Firma e Timbro
Anti Dif. - Tet.		
1 Dose:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	_____
2 Dose:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	_____
3 Dose:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	_____
1 Richiamo:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	_____
1° R. Anti-Tetano:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	_____
2° R. Anti-Tetano:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	_____

Anti Polio

1 Dose:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	_____
2 Dose:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	_____
3 Dose:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	_____
Richiamo:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	_____

Anti Epatite B

1 Dose:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	_____
2 Dose:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	_____
3 Dose:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	_____
Richiamo:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	_____

Vaccinazioni Raccomandate

Vaccino	Data	Firma e Timbro
Anti Pertosse		
1 Dose:	__ __ - __ __ - __ __	_____
2 Dose:	__ __ - __ __ - __ __	_____
3 Dose:	__ __ - __ __ - __ __	_____
Richiamo:	__ __ - __ __ - __ __	_____
Anti Emofilo B		
1 Dose:	__ __ - __ __ - __ __	_____
2 Dose:	__ __ - __ __ - __ __	_____
3 Dose:	__ __ - __ __ - __ __	_____
Richiamo:	__ __ - __ __ - __ __	_____
Anti Morbillo	__ __ - __ __ - __ __	_____
Anti Rosolia	__ __ - __ __ - __ __	_____
Anti Parotite	__ __ - __ __ - __ __	_____
Anti BCG	__ __ - __ __ - __ __	_____
_____:	__ __ - __ __ - __ __	_____

Malattie Infettive

Malattia	Data	Annotazioni
Morbillo:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
Rosolia:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
Scarlattina:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
Varicella:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
VI Malattia:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
V Malattia:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
Pertosse:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
Parotite:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
Mononucleosi:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
Cytomegalovirosi:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
Epatite A:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
Epatite B:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
Epatite C:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
Toxoplasmosi:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
Rickettsiosi:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
Brucellosi:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
Salmonellosi:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
_____:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
_____:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
_____:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____
_____:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

Patologie di Rilievo

Data	Diagnosi e Annotazioni
_ _ - _ _ - _ _ _ _	
_ _ - _ _ - _ _ _ _	
_ _ - _ _ - _ _ _ _	
_ _ - _ _ - _ _ _ _	
_ _ - _ _ - _ _ _ _	
_ _ - _ _ - _ _ _ _	

Visite Specialistiche

Data	Tipo di Visita e Annotazioni
- -	_____ _____ _____
- -	_____ _____ _____
- -	_____ _____ _____
- -	_____ _____ _____
- -	_____ _____ _____
- -	_____ _____ _____

Data	Tipo di Visita e Annotazioni
_ _ - _ _ - _ _ _ _	
_ _ - _ _ - _ _ _ _	
_ _ - _ _ - _ _ _ _	
_ _ - _ _ - _ _ _ _	
_ _ - _ _ - _ _ _ _	
_ _ - _ _ - _ _ _ _	

Interventi Chirurgici - Traumi o Fratture

Data	Tipo di Intervento o Trauma e Annotazioni
- -	_____ _____ _____
- -	_____ _____ _____
- -	_____ _____ _____
- -	_____ _____ _____
- -	_____ _____ _____
- -	_____ _____ _____

Allergie a Farmaci

	Si	No
Ha manifestato Allergia a Farmaci:	☐	☐

Farmaco: _____

Sintomi Clinici: _____

Farmaco: _____

Sintomi Clinici: _____

Farmaco: _____

Sintomi Clinici: _____

Farmaco: _____

Sintomi Clinici: _____

Farmaco: _____

Sintomi Clinici: _____

Farmaco: _____

Sintomi Clinici: _____

Test Eseguiti:

Prick Test: ☐ Patch Test: ☐ R.A.S.T.: ☐

Allergie Alimentari

	Si	No
Ha manifestato Allergia ad Alimenti:	☐	☐

Sintomi Clinici: _____

Test Eseguiti:

Prick Test: ☐ Patch Test: ☐ R.A.S.T.: ☐

Latte (Intero): ☐	Manzo: ☐
alfa-LattoGlobulina: ☐	Maiale: ☐
beta-LattoGlobulina: ☐	Pollo: ☐
Caseina: ☐	Agnello: ☐
Uovo (Intero): ☐	Tacchino: ☐
Album: ☐	Grano: ☐
OvoAlbumina: ☐	Avena: ☐
OvoMucoide: ☐	Granoturco: ☐
Tuorlo: ☐	Grano Saraceno: ☐
Arachidi: ☐	Nocciole: ☐
Mandorle: ☐	Noci Brasiliane: ☐
Noci: ☐	Noce di Cocco: ☐

Terapia Seguita: _____

Allergie ad Inalanti

Ha manifestato Allergia ad Inalanti:

Si

No

☐

☐

Sintomi Clinici: _____

Test Eseguiti:

Prick Test: ☐

Patch Test: ☐

R.A.S.T.: ☐

Allergeni Perenni

Allergeni Stagionali

Dermatophagoides: ☐

Specificare

Epiteli di Animali: ☐

Specificare

Piume di Uccelli: ☐

Specificare

Aspergillus: ☐

Specificare

Penicillum: ☐

Specificare

Alternaria: ☐

Specificare

Cladosporium: ☐

Specificare

Graminacee: ☐

Specificare

Composite: ☐

Specificare

Parietaria: ☐

Specificare

Asteracee: ☐

Specificare

Betullacee: ☐

Specificare

Oleacee: ☐

Specificare

Plantaginacee: ☐

Specificare

Terapia Seguita: _____

Bilancio di Salute a 1 Mese

Data: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| Et  |_|_|||_|_| mm gg

Peso: |_|_|_|_| gr. Centile: |_|_| - |_|_| °

Lunghezza: |_|_|.|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_| °

Circ.Cran.: |_|_|.|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_| °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Facies: _____

Cute: _____

Mucose: _____

Capo: _____

Collo: _____

Fontanella Ant.: |_|_|.|_| x |_|_|.|_| cm.

Fontanella Post.: |_|_|.|_| x |_|_|.|_| cm.

Suture Craniche: _____

Occhi: _____

Naso: _____

Orecchie: _____

Labbra: _____

Orofaringe: _____

Arti Superiori: _____

Clavicole: _____

Torace: _____

Arti Inferiori: _____

Anche: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Polsi Femorali: Dx ☐ Sx ☐

Addome: _____

Ombelico: _____

Fegato: _____

Milza: _____

Genitali: _____

Riflesso di Moro: ☐ Rifl. Prens. Palmare: ☐ Rifl. Prens. Plantare: ☐

Riflesso di Suzione: ☐ Rifl. Punti Cardinali: ☐ Rifl. Tónico d. Collo: ☐

Allattamento: _____

Problemi Emergenti: _____

Consigli e Terapia: _____

Firma e Timbro del Medico

Diario da 1 a 3 mesi

Data:

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?					
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	Altri
Chi si occupa del Bambino?					

Bilancio di Salute a 3 Mesi

Data: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Età |_|_||_| mm gg

Peso: |_|_|_|_| gr.

Centile: |_|_| - |_|_| °

Lunghezza: |_|_|_|_| cm.

Centile: |_|_| - |_|_| °

Circ.Cran.: |_|_|_|_| cm.

Centile: |_|_| - |_|_| °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Svil. Psicomotorio: _____

Allattamento: _____

Annotazioni: _____

Firma e Timbro del Medico

Diario da 3 a 6 mesi

Data:

- -	
- -	
- -	
- -	
- -	

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?					
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi si occupa del Bambino?					

Bilancio di Salute a 6 Mesi

Data: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| Et  |_|_|||_|_| mm gg

Peso: |_|_|_|_|_| gr. Centile: |_|_| - |_|_|  

Lunghezza: |_|_|.|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_|  

Circ.Cran.: |_|_|.|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_|  

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Svil. Psicomotorio: _____

Alimentazione: _____

Annotazioni: _____

Firma e Timbro del Medico

Diario da 6 a 9 mesi

Data:

$$\begin{array}{|c|c|c|} \hline & & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|} \hline & & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array} =$$

$\boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{}\boxed{}\boxed{} = \underline{\hspace{2cm}}$

$\boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{}\boxed{}\boxed{} = \underline{\hspace{2cm}}$

$\begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array} =$ _____

$\boxed{}\boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{}\boxed{}\boxed{}\boxed{} = \underline{\hspace{2cm}}$

Scheda Sociale

	Padre		Madre	
	Si	No	Si	No
I genitori lavorano?	☐	☐	☐	☐

	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi si occupa del Bambino?	☐	☐	☐	☐	☐

Visita a 9 Mesi

Data: --

Età mm gg

Peso: gr.

Centile: - °

Lunghezza: Y| cm.

Centile: - °

Circ.Cran.: cm.

Centile: - °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Svil. Psicomotorio: _____

Alimentazione: _____

Annotazioni: _____

	Pos.	Neg.
Boel Test:		

Firma e Timbro del Medico

Diario da 9 a 12 mesi

Data:

- -	
- -	
- -	
- -	
- -	

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?					
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	Altri
Chi si occupa del Bambino?					

Bilancio di Salute a 1 Anno

Data: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| Et  |_|_|||_|_| mm gg

Peso: |_|_|.|_| Kg. Centile: |_|_| - |_|_|  

Lunghezza: |_|_|.|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_|  

Circ.Cran.: |_|_|.|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_|  

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Alimentazione:	_____			
	Si	No	Si	No

Si regge in piedi:	_	_	Cammina:	_	_
--------------------	---	---	----------	---	---

Dice alcune parole:	_	_	Da seduto a carponi:	_	_
---------------------	---	---	----------------------	---	---

Da seduto in piedi:	_	_	Obbedisce a ordini:	_	_
---------------------	---	---	---------------------	---	---

Firma e Timbro del Medico

Diario da 12 a 18 mesi

Data:

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?	__ __	__ __	__ __	__ __	
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi si occupa del Bambino?	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __

Bilancio di Salute a 18 Mesi

Data: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| Età |_|_|||_|_| mm gg

Peso: |_|_|_|_| Kg. Centile: |_|_| - |_|_| °

Lunghezza: |_|_|_|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_| °

Circ.Cran.: |_|_|_|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_| °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Alimentazione: _____

	Si	No		Si	No
Dice alcune parole:	_	_	Obbedisce a ordini:	_	_
Comunica con gli estranei:	_	_	Frequenta l'Asilo Nido:	_	_

Firma e Timbro del Medico

Diario da 18 a 24 mesi

Data:

- -	
- -	
- -	
- -	
- -	

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?					
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi si occupa del Bambino?					

Bilancio di Salute a 24 Mesi

Data: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| Età |_|_|||_|_| mm gg

Peso: |_|_|.|_| Kg. Centile: |_|_| - |_|_| °

Lunghezza: |_|_|.|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_| °

Circ.Cran.: |_|_|.|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_| °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Alimentazione: _____

	Si	No		Si	No
			Conosce le parti del		
Associa le parole:	_	_	corpo:	_	_
			Frequenta l'Asilo		
Sale le scale:	_	_	Nido:	_	_

Firma e Timbro del Medico

Diario da 24 a 30 mesi

Data:

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?	__ __	__ __	__ __	__ __	
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi si occupa del Bambino?	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __

Visita a 30 Mesi

Data: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_| Età |_|_|||_|_| mm gg

Peso: |_|_|.|_| Kg. Centile: |_|_|-|_|_| °

Statura: |_|_|_|.|_| cm. Centile: |_|_|-|_|_| °

Circ.Cran.: |_|_|.|_| cm. Centile: |_|_|-|_|_| °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Alimentazione: _____

	Si	No		Si	No
Salta sul posto:	_	_	Calcchia la palla:	_	_
Riconosce i colori:	_	_	Frequenta l'Asilo		
			Nido:	_	_

Firma e Timbro del Medico

Diario da 30 a 36 mesi

Data:

__ __	-	__ __	-	__ __ __ __	_____

__ __	-	__ __	-	__ __ __ __	_____

__ __	-	__ __	-	__ __ __ __	_____

__ __	-	__ __	-	__ __ __ __	_____

__ __	-	__ __	-	__ __ __ __	_____

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?	__ __	__ __	__ __	__ __	
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi si occupa del Bambino?	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __

Bilancio di Salute a 3 Anni

Data: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| Età |_|_|||_|_| aa mm

Peso: |_|_|.|_| Kg Centile: |_|_| - |_|_| °

Statura: |_|_|_|.|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_| °

Circ.Cran.: |_|_|.|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_| °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Alimentazione: _____

	Si	No		Si	No
Controlla gli sfinteri:			Buona espressione del linguaggio:		
Comprensione del linguaggio:			Frequenta la Scuola Materna:		
		Pos.	Neg.		
Screening per l'Ambliopia:					

Firma e Timbro del Medico

Diario da 3 a 4 anni

Data:

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?	☐	☐	☐	☐	
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi si occupa del Bambino?	☐	☐	☐	☐	☐

Bilancio di Salute a 4 Anni

Data: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Età |_|_|||_|_| aa mm

Peso: |_|_|.|_| Kg.

Centile: |_|_| - |_|_| °

Statura: |_|_|_|.|_| cm.

Centile: |_|_| - |_|_| °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Svil. Psicomotorio: _____

Alimentazione: _____

Annotazioni: _____

Firma e Timbro del Medico

Diario da 4 a 5 anni

Data:

$$\begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array} = \underline{\hspace{2cm}}$$

$\boxed{}\boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{}\boxed{}\boxed{}\boxed{} = \underline{\hspace{2cm}}$

$\boxed{}\boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{}\boxed{}\boxed{} =$

$\boxed{}\boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{}\boxed{}\boxed{}\boxed{} = \underline{\hspace{2cm}}$

$\boxed{}\boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{}\boxed{}\boxed{} =$

Scheda Sociale

	Padre		Madre	
	Si	No	Si	No
I genitori lavorano?	☐	☐	☐	☐

	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi si occupa del Bambino?	☐	☐	☐	☐	☐

Visita a 5 anni

Data: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_| Età |_|_|||_|_| mm gg

Peso: |_|_|.|_| Kg. Centile: |_|_|-|_|_| °

Statura: |_|_|_|_|_| cm. Centile: |_|_|-|_|_| °

Circ.Cran.: |_|_|.|_| cm. Centile: |_|_|-|_|_| °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Svil. Psicomotorio: _____

Alimentazione: _____

Annotazioni: _____

Firma e Timbro del Medico

Diario da 5 a 6 anni

Data:

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?	☐	☐	☐	☐	
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi si occupa del Bambino?	☐	☐	☐	☐	☐

Bilancio di Salute a 6 Anni

Data: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| Età |_|_|||_|_| aa mm

Peso: |_|_|_|_| Kg. Centile: |_|_| - |_|_| °

Statura: |_|_|_|_|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_| °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Alimentazione: _____

	Si	No		Si	No
Carie Dentali:	_	_	Malocclusioni:	_	_
Prob. di Linguaggio:	_	_	Strabismo:	_	_

Comportamento
in Famiglia: _____

Comportamento
Scolastico: _____

	Pos.	Neg.		Max	Min
Tine Test:	_	_	P.A. mmHg:	_ _ _	_ _ _

Firma e Timbro del Medico

Diario da 6 a 7 anni

Data:

- -	
- -	
- -	
- -	
- -	
- -	

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?					
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi si occupa del Bambino?					

Visita a 7 Anni

Data: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_| Età |_|_|||_|_| aa mm

Peso: |_|_|.|_| Kg. Centile: |_|_|-|_|_| °

Statura: |_|_|.|_| cm. Centile: |_|_|-|_|_| °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Alimentazione: _____

Annotazioni: _____

Firma e Timbro del Medico

Diario da 7 a 8 anni

Data:

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?	__ __	__ __	__ __	__ __	
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi si occupa del Bambino?	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __

Visita a 8 Anni

Data: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Età |_|_|||_|_| aa mm

Peso: |_|_|_|_| Kg.

Centile: |_|_| - |_|_| °

Statura: |_|_|_|_|_| cm.

Centile: |_|_| - |_|_| °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Alimentazione: _____

Annotazioni: _____

Firma e Timbro del Medico

Diario da 8 a 9 anni

Data:

- -	
- -	
- -	
- -	
- -	

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?					
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi si occupa del Bambino?					

Visita a 9 Anni

Data: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| Et  |_|_|||_|_| aa mm

Peso: |_|_|.|_| Kg. Centile: |_|_| - |_|_|  

Statura: |_|_|_|.|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_|  

Esame Obiettivo

Condiz. Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Alimentazione: _____

Annotazioni: _____

Firma e Timbro del Medico

Diario da 9 a 10 anni

Data:

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?	__ __	__ __	__ __	__ __	
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi si occupa del Bambino?	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __

Bilancio di Salute a 10 Anni

Data: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| Età |_|_|||_|_| aa mm

Peso: |_|_|_|_| Kg. Centile: |_|_| - |_|_| °

Statura: |_|_|_|_|_| cm. Centile: |_|_| - |_|_| °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Sviluppo Puberale: _____

Alimentazione: _____

Comportamento
in Famiglia: _____

Comportamento
Scolastico: _____

	Si	No		Si	No
Carie Dentali:	_	_	Malocclusioni:	_	_
	Pos.	Neg.		Max	Min
Tine Test:	_	_	P.A. mmHg:	_ _ _	_ _ _

Firma e Timbro del Medico

Diario da 10 a 12 anni

Data:

$$\begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array}$$

			-				-					
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--

			-			-					
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

			-			-					
_____	_____			_____	_____		_____	_____	_____	_____	_____

			-				-					
_____	_____			_____	_____			_____	_____	_____	_____	

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?	☐	☐	☐	☐	
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi occupa del Ragazzo?	☐	☐	☐	☐	☐

Visita a 12 Anni

Data: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_| Età |_|_|||_|_| aa mm

Peso: |_|_|.|_| Kg. Centile: |_|_|-|_|_| °

Statura: |_|_|_|.|_| cm. Centile: |_|_|-|_|_| °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Sviluppo Puberale: _____

Alimentazione: _____

Annotazioni: _____

	Pos.	Neg.		Max	Min
Tine Test:	_	_	P.A. mmHg:	_ _ _	_ _ _

Firma e Timbro del Medico

Diario da 12 a 14 anni

Data:

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

__ __ - __ __ - __ __ __ __	_____

Scheda Sociale

	Padre		Madre		
	Si	No	Si	No	
I genitori lavorano?	__ __	__ __	__ __	__ __	
	Genitori	Nonni	Zii	baby sitter	altri
Chi si occupa del Ragazzo?	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __

Bilancio di Salute a 14 Anni

Data: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_| Età |_|_|||_|_| aa mm

Peso: |_|_|_|_|_| Kg. Centile: |_|_|-|_|_| °

Statura: |_|_|_|_|_| cm. Centile: |_|_|-|_|_| °

Esame Obiettivo

Condizioni Generali: _____

Orofaringe: _____

App. Respiratorio: _____

Cuore: _____

Addome: _____

Fegato e Milza: _____

Genitali: _____

Sviluppo Puberale: _____

Comportamento
in Famiglia: _____

Comportamento
Scolastico: _____

	Si	No		Si	No
Carie Dentali:	_	_	Malocclusioni:	_	_
	Pos.	Neg.		Max	Min
Tine Test:	_	_	P.A. mmHg:	_ _ _	_ _ _

Firma e Timbro del Medico

Grafico peso e lunghezza Femmine 0-36 mesi

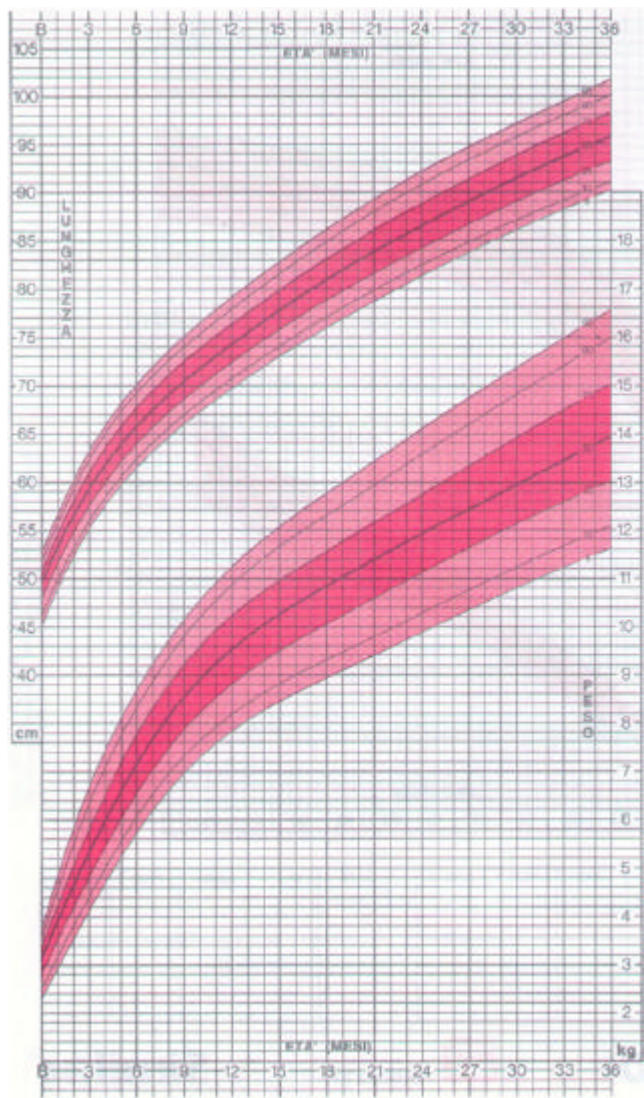
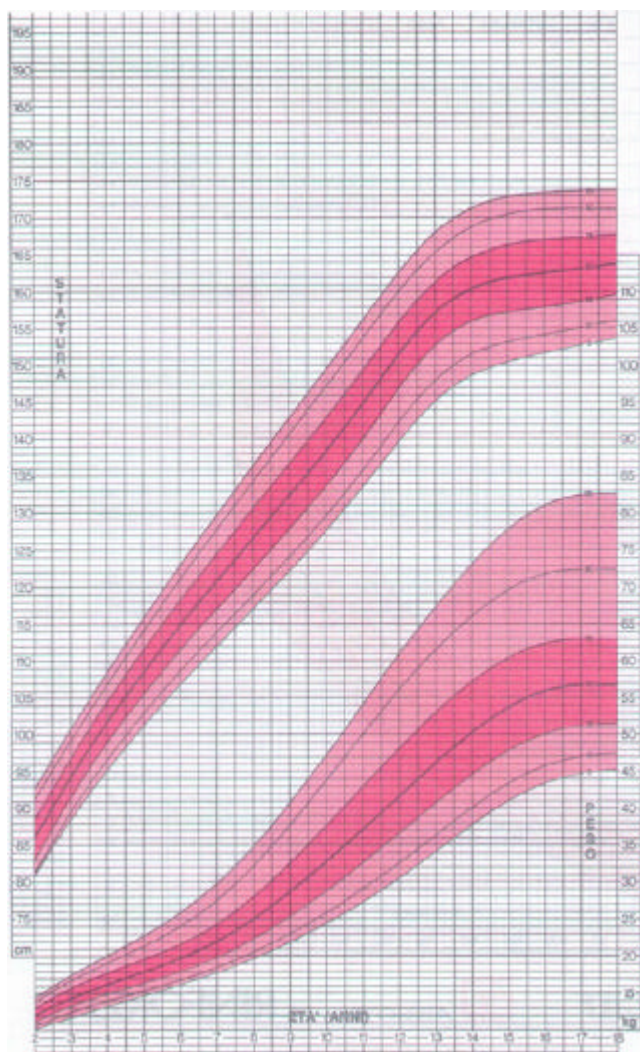


Grafico peso e statura Femmine 2-18 anni



Circ.cranica e rapporto peso/lunghezza Femmine

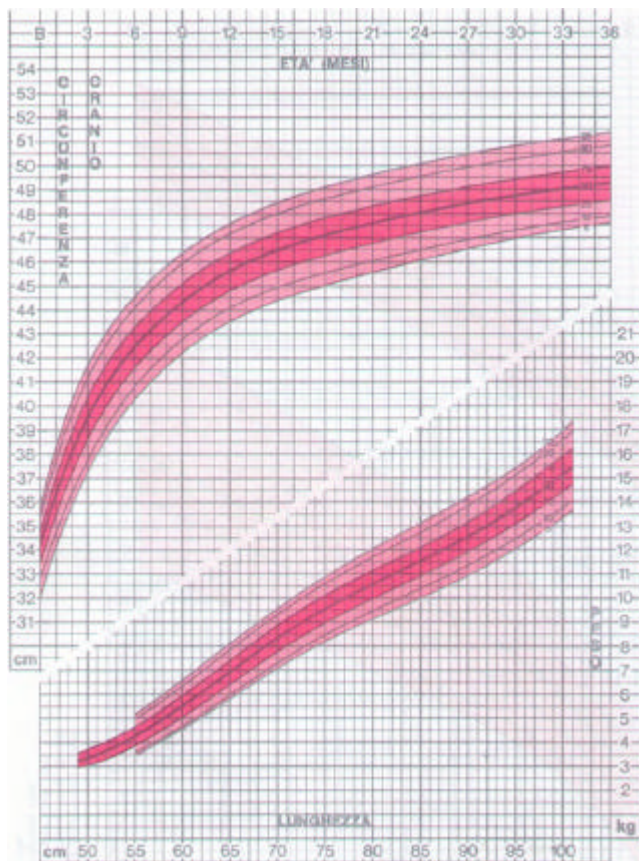


Grafico peso e lunghezza Maschi 0-36 mesi

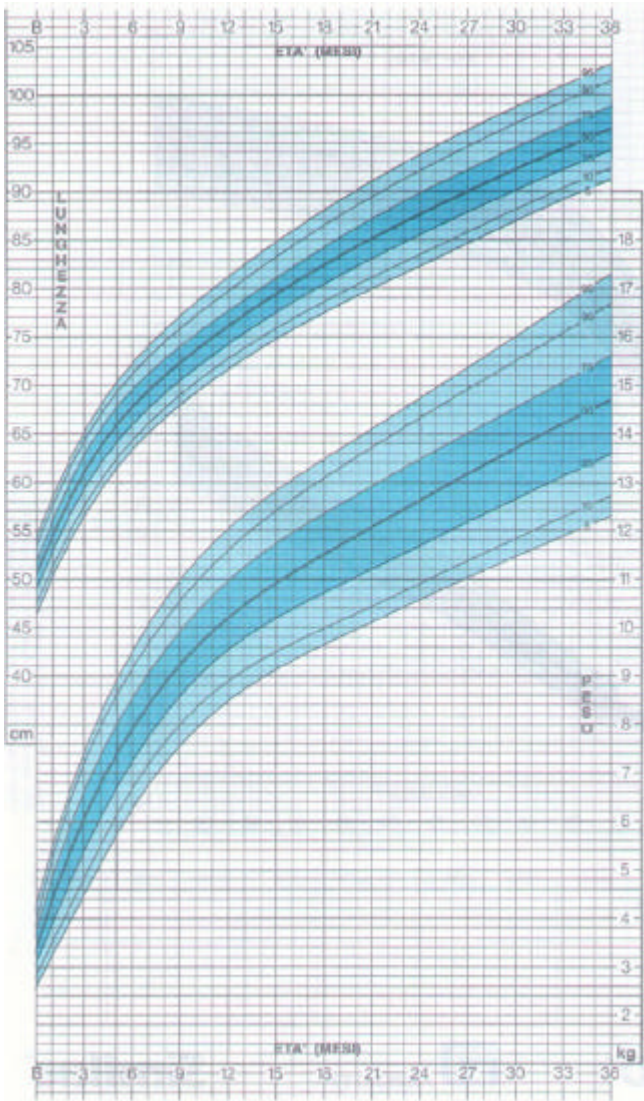
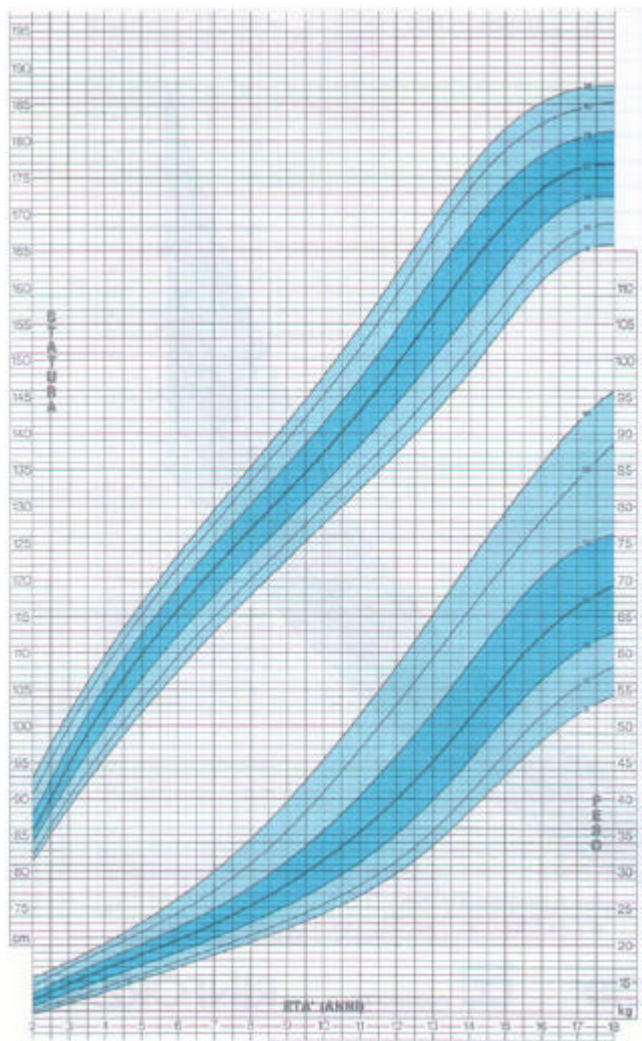


Grafico peso e statura Maschi 2-18 anni



Circ.cranica e rapporto peso/lunghezza Maschi

