

SCHEDA DI SCREENING NEUROEVOLUTIVO

Data Nome operatore

Iniziali: Nato/a il Sesso..... Frequenta l'asilo nido dall'età di

• 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 ritrae quando viene toccato? Sì Q.v. No
- 3) Si lascia facilmente vestire o spogliare? Sì Q.v. No
- 4) È interessato ai suoni dell'ambiente? Sì Q.v. No
- 5) È attratto dagli oggetti colorati? Sì Q.v. No
- 6) Quando si alimenta o viene nutrito, partecipa attivamente con lo sguardo? Sì Q.v. No
- 7) Quando si alimenta o viene nutrito, partecipa attivamente con il corpo? Sì Q.v. No
- 8) Si alimenta con voracità? Sì Q.v. No
- 9) Rifiuta di essere alimentato? Sì Q.v. No
- 10) Quando si alimenta o viene nutrito, apre la bocca quando sta arrivando il cibo? Sì Q.v. No
- 11) Ha frequenti rigurgiti? Sì Q.v. No
- 12) È facilmente consolabile quando piange? Sì Q.v. No
- 13) Si lascia coccolare? Sì Q.v. No
- 14) Ha difficoltà ad addormentarsi? Sì Q.v. No
- 15) Il suo sonno è agitato? Sì Q.v. No
- 16) Imita movimenti della bocca? Sì Q.v. No
- 17) Si è attaccato al seno nei primi 3 mesi? Sì Q.v. No

PUNTEGGIO: 0-10: NULLA DA SEGNALARE; **11-30:** RIVEDERE TRA TRE MESI; **OLTRE 30:** RIVEDERE TRA UN MESE

SCHEDA DI SCREENING NEUROEVOLUTIVO

Data Nome operatore

Iniziali: Nato/a il Sesso..... Frequenta l'asilo nido dall'età di

▪ da 4 a 6 mesi

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|------|
| 18) Mette in atto movimenti anticipatori? (es. apre la bocca quando sta per essere imboccato) | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 19) Se preso in braccio, si adatta alla presa? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 20) Si ritrae quando viene toccato? | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 21) Si lascia facilmente vestire o spogliare? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 22) Reagisce esageratamente a suoni e rumori? (soprassalta, si irrita, sfugge dalla fonte sonora) | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 23) Si gira verso la fonte dello stimolo? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 24) Ha difficoltà a girare la testa quando è disteso? | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 25) Reagisce esageratamente agli stimoli luminosi? (chiude gli occhi, si infastidisce, li evita) | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 26) È attratto dai giochi adatti all'età? (es. Sonagli, palline colorate...) | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 27) È capace di seguire con lo sguardo un oggetto in movimento? (es. macchina, bolla di sapone...) | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 28) Quando si alimenta o viene nutrito, partecipa attivamente con lo sguardo? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 29) Quando si alimenta o viene nutrito, partecipa attivamente con il corpo? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 30) Si alimenta con voracità? | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 31) Rifiuta di essere alimentato? | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 32) Ha frequenti rigurgiti? | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 33) Durante la suzione il latte cola dalle labbra del bambino? | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 34) Evita lo sguardo? | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 35) È facilmente consolabile quando piange? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 36) Si lascia coccolare? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 37) Ha difficoltà ad addormentarsi? | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 38) Il suo sonno è agitato e/o si risveglia frequentemente? | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 39) Imita movimenti della bocca? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 40) Mantiene il contatto oculare con l'altro? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 41) Compie dei movimenti verso l'altro? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 42) Protende la mano verso l'oggetto? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |

PUNTEGGIO: 0-14: NULLA DA SEGNALARE; **15-30:** RIVEDERE TRA TRE MESI; **OLTRE 30:** RIVEDERE TRA UN MESE

SCHEDA DI SCREENING NEUROEVOLUTIVO

Data Nome operatore

Iniziali: Nato/a il Sesso..... Frequenta l'asilo nido dall'età di

• da 7 a 12 mesi

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 43) È presente lallazione? (dice ma-ma, da-da, ba-ba...) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 44) È autonomo negli spostamenti (striscia, rotola, gattona, cammina)? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 45) Porta gli oggetti alla bocca? (es. ciuccio, sonagli, biscotti...) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 46) Ha reazioni eccessive a materiali o tessuti? (es. sabbia, lana...) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 47) 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"/> |
| 48) Si gira se chiamato per nome? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 49) Quando si fa molto male, piange poco? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 50) Se si fa poco male, piange esageratamente? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 51) Di fronte a una difficoltà, tenta, prima di rinunciare, di superarla? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 52) Dorme tanto rispetto agli altri bambini? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 53) Accetta il cucchiaino? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 54) Partecipa al gioco del cucù? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 55) 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"/> |
| 56) Ripete i suoni? (es. versi degli animali...) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 57) Da seduto si gira per prendere un oggetto senza cadere? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 58) Imita i gesti dell'altro? (es. ciao con lamano) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 59) Ha difficoltà ad addormentarsi? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 60) Il suo sonno è agitato e/o si risveglia frequentemente? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |

PUNTEGGIO: 0-12: NULLA DA SEGNALARE; **13-25:** RIVEDERE ENTRO TRE MESI; **OLTRE 25:** SUGGERITA CONSULENZA SPECIALISTICA

SCHEDA DI SCREENING NEUROEVOLUTIVO

Data Nome operatore

Iniziali: Nato/a il Sesso..... Frequenta l'asilo nido dall'età di

• da 13 a 18 mesi

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 61) Si gira se chiamato per nome? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 62) Cammina sulle punte? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 63) Tende a odorare o annusare oggetti o persone? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 64) Ha gattonato entro il 12° mese? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 65) Cerca un oggetto nascosto davanti a lui? (es. un oggetto messo sotto un fazzoletto) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 66) Imita i gesti o le azioni dell'altro? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 67) Ha camminato entro il 15° mese? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 68) Reagisce esageratamente di fronte a una negazione? (batte la testa o si butta a terra) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 69) Produce almeno 5 parole con significato? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 70) È selettivo nell'alimentazione? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 71) Ha difficoltà ad addormentarsi? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 72) Il suo sonno è agitato e/o si risveglia frequentemente? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 73) Porta il cibo alla bocca? (con la mano o con il cucchiaio) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 74) Quando si fa molto male, piange poco? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 75) Ha reazioni eccessive a materiali o tessuti? (sabbia, lana ecc.) | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| 76) Imita i versi degli animali? | Sì <input type="radio"/> Q.v. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |

PUNTEGGIO: 0-10: NULLA DA SEGNALARE; **11-20:** RIVEDERE ENTRO TRE MESI; **OLTRE 20:** SUGGERITA CONSULENZA SPECIALISTICA

SCHEDA DI SCREENING NEUROEVOLUTIVO

Data Nome operatore

Iniziali: Nato/a il Sesso..... Frequenta l'asilo nido dall'età di

▪ da 19 a 24 mesi

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|------|
| 77) Reagisce esageratamente a suoni e rumori? (si tappa le orecchie, grida, si irrita) | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 78) Ha reazioni eccessive a materiali o tessuti? (sabbia, lana ecc.) | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 79) Tende a portare gli oggetti alla bocca e/o a leccare? | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 80) Ha scialorrea? (perde saliva dalla bocca) | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 81) Fa un uso appropriato degli oggetti? (es. posate per mangiare, mattoncini per fare una torre) | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 82) È in grado di alternare lo sguardo fra l'adulto e l'oggetto d'interesse? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 83) È in grado di spostare lo sguardo da un adulto all'altro presenti nel contesto? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 84) È presente il gioco rappresentativo? ("far finta di") | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 85) Associa 2 o più parole? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 86) Cammina da solo? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 87) Si gira se chiamato per nome? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 88) Il sonno è regolare? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 89) L'alimentazione è regolare? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 90) Porta a termine un'attività? (es. puzzle a 2-3 pezzi, torre ecc.) | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 91) Quando si fa molto male, piange poco? | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 92) Riesce a soffiare (es. bolle, candela) / succhiare (es. cannuccia) / fare la pernacchia? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 93) Produce almeno 20 parole con significato? | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 94) Reagisce esageratamente di fronte a una negazione? (batte la testa o si butta a terra) | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 95) Inciampa o cade spesso? | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 96) Porta tutto alla bocca? | Sì ② | Q.v. ① | No ① |

PUNTEGGIO: 0-12: NULLA DA SEGNALARE; **13-25:** RIVEDERE ENTRO TRE MESI; **OLTRE 25:** SUGGERITA CONSULENZA SPECIALISTICA