

**INTERVISTA FOLLOW-UP**  
**BANCA DATI FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**  
**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO**

Cod. \_\_\_\_\_

Il sintomo più compromettente per la qualità di vita di vostro figlio è stato<sup>1</sup>:

1. Stereotipie
2. Ritardo/assenza del linguaggio
3. Disturbi comportamentali (tipo aggressività)
4. Isolamento
5. Disturbi del sonno
6. Disturbi dell'alimentazione
7. Disturbo dell'attenzione
8. Altro  .....

Rispetto ai sintomi di esordio la situazione è:

- migliorata
- peggiorata
- invariata

Ha raggiunto un livello di comunicazione?

- SI 
  - o verbale
  - o gestuale
- NO

---

<sup>1</sup> È possibile scegliere anche più di un'opzione.

Avete sentore che ci sia stata una variazione nelle capacità percettive sensoriali? ( ad esempio notate un cambiamento relativo ad eventuale iper sensibilità od ipo sensibilità a stimoli uditivi, visivi, tattili, gustativi, olfattivi)

- SI  .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- NO

Frequenta la scuola NO  SI

Scuola infanzia  scuola primaria  scuole secondarie I grado  scuole secondarie

Per un numero di ore settimanali .....

Ha concluso un ciclo di studi?

- SI 
  - o istruzione primaria
  - o istruzione secondaria I grado
  - o istruzione secondaria II grado
  - o istruzione superiore (laurea)
- NO

Ha la patente? SI  NO

Guida? SI  NO

Ha consapevolezza del denaro? SI  NO

Lavora? SI  NO

Potrebbe rispettare consegne e tempi di lavoro? SI  NO

Si veste da solo?

- SI, veste in totale autonomia
- SI, ma ha bisogno dell'assistenza verbale
- NO

Mangia da solo?

- SI, mangia in totale autonomia
- SI, ma ha bisogno dell'assistenza verbale
- NO

Esce da solo? Si  No

Ha o ha avuto malattie internistiche?

- SI  Indicare quali .....
- .....
- NO

Ha mai avuto crisi epilettiche?

- SI  A che età?.....
- NO

Ha subito interventi chirurgici?

- SI  Indicare quali .....
- .....
- NO

Assume farmaci?

- SI  Indicare quali .....
- .....
- NO

Quante ore vive fuori casa? .....

Fa ancora terapie riabilitative?

- SI  Indicare quali .....
- .....
- NO

Per il suo futuro pensate a:

1. Vita in comunità protetta
2. Vita in famiglia con assistenza
3. Vita in famiglia senza assistenza
4. Vita in totale autonomia

Quale aspetto vi preoccupa di più in questo momento:

1. Mancanza di informazioni scientifiche sulla malattia
2. Scarso supporto da parte della società
3. Scarsa autonomia di vostro figlio nelle azioni quotidiane
4. Altro  .....

Ha consapevolezza delle regole sociali? SI  NO

Ha mai commesso infrazioni? SI  NO

Ha fratelli/sorelle? Si  No

Elenco dei figli in ordine cronologico e la loro data di nascita:

.....  
.....  
.....

Sono stati riscontrati nei fratelli/sorelle i seguenti disturbi? In quanti?

- |  |  |
|--|--|
| 1. Disturbo dell'apprendimento: <input type="checkbox"/> | 5. Disturbo del linguaggio: <input type="checkbox"/> |
| 2. Epilessia: <input type="checkbox"/>                   | 6. Autismo: <input type="checkbox"/>                 |
| 3. Disturbo del comportamento: <input type="checkbox"/>  | 7. Altro: <input type="checkbox"/> .....             |
| 4. ADHD: <input type="checkbox"/>                        | .....  |

Data.../...../.....

Firma.....

Ai sensi della legge 675/96 i dati personali contenuti nella presente scheda saranno oggetto di trattamento informatico e manuale da parte del Centro Studi Delacato ai fini puramente scientifici ed in forma completamente anonima. Per i diritti derivanti dall'art.13 della citata legge, il consenso per il trattamento dei dati è libero, mentre per eventuali rettifiche e/o cancellazioni basterà rivolgersi al Centro esprimendo tale richiesta.