

# AUTISMO\_ FOLLOW UP A LUNGO TERMINE

## SCHEDA PAZIENTE (PZ. N° .....)

COGNOME ..... NOME .....

DATA DI NASCITA ..... LUOGO ..... SESSO .....

PROVENIENZA .....

CENTRO DI RIFERIMENTO .....

ETA PRIMA VISITA: .....

Familiarità per disturbi neuropsichiatrici : .....

- Fratria (ordine di genitura): .....
- Adottato:  SI  NO Età dell'adozione: .....
- Fratria:

- Disturbo dell'apprendimento:  
 SI  NO
- Epilessia:  SI  NO
- Disturbo del comportamento:  
 SI  NO
- ADHD:  SI  NO

- Disturbo del linguaggio:  
 SI  NO
- Autismo:  SI  NO
- Altro:  SI  NO  
.....  
.....

Lateralità → Madre:  Dx  Sx / Padre:  Dx  Sx / Fratelli: ....  Dx  Sx; ....  Dx  Sx

Gravidanza: ..... / Età madre: ..... Età padre: .....

Minacce d'aborto:  SI (quante: ....)  NO /  1° Trimestre  2° Trimestre  3° Trimestre

Durata gravidanza: ..... Travaglio:  Rapido  Prolungato .....

Parto:  TC  Naturale ..... /  Eutocico  Distocico.....

Alla nascita → Peso: ..... Colorito: ..... Pianto: .....

SPM:  Normale  Anormale .....

- Mobilità →
  - Andatura quadrupedica (v.n.: 9-10 mesi):  SI  NO .....
  - Deambulazione autonoma (v.n.: 12-15 mesi):  SI  NO .....
- Linguaggio →
  - Stadio parola-frase (v.n.: 18 mesi):  SI  NO .....

- Linguaggio di difficile comprensione:  SI  NO .....
- Arresto del linguaggio dopo il suo sviluppo:  SI  NO .....

Vaccinazioni:  SI  NO / Reazioni:  SI  NO Quali: .....

## **ETÀ ESORDIO SEGNI E SINTOMI .....**

CHI HA NOTATO I PRIMI SEGNI .....

SEGNI e SINTOMI INIZIALI (riferiti dai genitori) →

- **MANCANZA/ATIPIE DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE**

- Assenza di contatto oculare e attenzione condivisa:  SI  NO
- Affettività meno positiva e più negativa:  SI  NO
- Assenza di sorriso sociale/reciproco:  SI  NO
- Mancanza di orientamento al proprio nome:  SI  NO
- Assenza sviluppo di gesti (es. pointing):  SI  NO
- Assente coordinazione di differenti modalità di comunicazione ( es., contatto oculare, espressione facciale, gesti, vocalizzi):  SI  NO
- Anomalia postura corporea (difficoltà a tenere in braccio il bambino):  SI  NO
- Altro: .....

- **GIOCO**

- Ridotta imitazione di azioni con oggetti:  SI  NO
- Eccessiva manipolazione/esplorazione visiva di giocchini o altri oggetti:  SI  NO
- Azioni ripetitive con giocchini o altri oggetti:  SI  NO
- Altro: .....

- **ASSENZA/RITARDO/ATIPIE DI LINGUAGGIO E LIVELLO COGNITIVO**

- Alterato sviluppo cognitivo:  SI  NO
- Balbettio ripetitivo:  SI  NO
- Alterazione linguaggio di comprensione e produzione (es. prime paroline strane o ripetitive):  SI  NO
- Prosodia inusuale/tono di voce:  SI  NO
- Regressione/perdita delle prime paroline e/o capacità socio-emotive:  SI  NO
- Altro: .....

- **CAPACITÀ VISIVE/ALTRE SENSORIALI E MOTORIE**

- Inseguimento visivo atipico:  SI  NO
- Fissazione visiva ( es. di luci):  SI  NO
- Ispezione visiva atipica di oggetti:  SI  NO
- Iperresponsività a suoni o altre forme di stimolazioni sensoriali:  SI  NO
- Iporresponsività a suoni o altre forme di stimolazioni sensoriali:  SI  NO
- Livelli di attività ridotti:  SI  NO

- Capacità ridotte fini e grosso motorie:  SI  NO
- Comportamenti motori ripetitivi:  SI  NO
- Posture atipiche:  SI  NO
- Manierismi motori:  SI  NO
- Atipie in funzioni regolatorie relative al sonno:  SI  NO
- Atipie in funzioni regolatorie relative all'assunzione di cibo:  SI  NO
- Altro: .....

SEGNI e SINTOMI (rilevati dai clinici) →

- MANCANZA/ATIPIE DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE

- Aloneness:  SI  NO
- Utilizzo dell'altro in maniera solo strumentale:  SI  NO
- Mancanza di orientamento al proprio nome:  SI  NO
- Comportamenti paradossi ma qualitativamente anormali (ricerca del contatto fisico eccessivo e/o con modalità inappropriate):  SI  NO
- Attaccamento morboso alla figura materna:  SI  NO
- Altro: .....

- ASSENZA/RITARDO/ATIPIE DI LINGUAGGIO E LIVELLO COGNITIVO

- Gergolalie inintelligibili: SI  NO
- Ecolalie immediate: SI  NO
- Ecolalie differite: SI  NO
- Prosodia inusuale: SI  NO
- Stereotipie verbali: SI  NO
- Mancato bisogno di un partner conversazionale: SI  NO
- Mancanza di gestualità (alterazione componente non-verbale): SI  NO
- Incapacità a comprendere motti di spirito, doppi sensi, metafore: SI  NO
- Altro: .....

- ANOMALIE DI COMPORTAMENTO E ATTIVITA'

- Dedizione assorbente a uno o più interessi ristretti e stereotipati: SI  NO
- Sottomissione rigida a inutili abitudini o rituali specifici (sameness): SI  NO
- Manierismi motori stereotipati o ripetitivi: SI  NO
- Abnorme risposta (tipo crisi di panico) a stimoli sensoriali: SI  NO
- Iperattività: SI  NO
- Condotte auto-aggressive: SI  NO
- Isole di speciali competenze: SI  NO
- Altro: .....

ABITUDINI DEL SONNO:

- Necessità di dormire più del normale:  SI  NO .....
- Necessità di dormire meno del normale:  SI  NO .....
- Sonno inquieto:  SI  NO .....

- Dondolamento pre-addormentamento:  SI  NO .....
- Enuresi notturna oltre i 5 anni:  SI  NO .....

**DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE:**

- Intolleranza al latte:  SI  NO .....
- Crosta latte:  SI  NO .....
- Vomito:  SI  NO .....
- Dermatite atopica:  SI  NO .....
- Dermatite seborroica:  SI  NO .....
- Parassitosi:  SI  NO .....
- Stipsi:  SI  NO .....
- Feci malformate:  SI  NO .....

**DIAGNOSI:**  DPS  DPS-NAS  ASPERGER / Età diagnosi .....

CAPACITÀ PRESTAZIONALI (primi anni) .....

.....

TC:  SI  NO .....

RMN:  SI  NO .....

EEG:  SI  NO .....

Esami di laboratorio:  SI  NO .....

Esami genetici:  SI  NO .....

Crisi epilettiche:  SI  NO .....

Esame neurologico:  SI  NO .....

.....

Capacità motorie: .....

Ambidestria:  SI  NO

Funzioni adattative: .....

TERAPIA:	Età inizio	Ore a settimana
PSICOMOTRICITÀ		
LOGOPEDIA		
Altro (.....)		