

SCHEMA DI RILEVAZIONE

(da compilarsi a cura del PLS per tutti i bambini con BMI $\geq 90^\circ$)

DATI ANAGRAFICI

Data _____
 Cognome _____ Nome _____ Tess. Sanit. N° _____
 Data di nascita _____ C.F. _____

A) – DATI ANAMNESTICI

Peso nascita gr. _____ Lunghezza nascita CM _____ Età gest. _____

SGA SI NO

Familiarità	Padre	Madre	Fratelli	Avo P	Ava P	Avo M	Avo P
Dislipidemia							
Diabete tipo 2*							
Ipertens.* < 55 anni							
Obesità							
Accid. CV < 55 anni							

*diabete ed ipertensione si intendono significativi se in terapia farmacologia
 a Rischio se: SGA o familiarità x 2 dati di parenti di 1° e 2°, o di 3° dati nei parenti di 2°
 a Rischio alto se : presenza di familiarità x 2 dati tra parenti di 1° grado

Giudizio complessivo dati anamnestici: .a rischio a rischio alto

B) – DATI CLINICI ATTUALI

Anni _____ Mesi _____ Kg _____ CM _____ BMI _____ Perc. _____

BMI 90° - 97°
 BMI 90° - 97° + 1 F.R.
 BMI > 97°

PA _____ > 90° > 95° Giro vita cm _____ > 90° > 95°

Smagliature SI NO

Alterazioni Ortopediche SI NO

Altri elementi significativi SI NO



C) – AMBIENTE

(Eventi correlati all'insorgenza dell'obesità)

malattia separazione lutto camb.scuola o residenza nascita fratelli

Ambiente familiare

Lavoro genitori: padre madre nessuno

Composizione famiglia: n. componenti _____

padre madre fratelli /sorelle n° _____ nonni conviventi n° _____

genitori separati: SI NO

Chi si occupa del bambino: genitori nonni altri

Chi si occupa dell'alimentazione del bambino: genitori nonni altri

relazioni sociali del bambino buone discrete sufficienti scarse

stato psicoemotivo normale dubbio alterato

rendimento scolastico buono discreto sufficiente scarso

Frequenza scolastica tempo pieno modulo

Mensa scolastica x giorni / settimana _____

Giudizi complessivo ambiente: normale a rischio

D) - STILE DI VITA

va a scuola a piedi in bici bus auto

Attività motoria a scuola SI NO Ore/settimana _____ Mesi/ anno _____

Attività motoria organizzata SI NO Ore/settimana _____ Mesi/ anno _____

Attività motoria libera SI NO Ore/settimana _____ Mesi/ anno _____

TV SI NO Ore/settimana _____ Da solo: SI NO

Computer SI NO Ore/settimana _____ Da solo: SI NO

Giudizi Stile di Vita: sedentario (se abitudini sedentarie prevalenti)
poco attivo (se attività motorie < 6 ore / settimana)
attivo (se attività motorie > 6 ore / settimana
almeno 9 mesi / anno)



E) ABITUDINI ALIMENTARI
(descrivere i pasti della giornata precedente)

prima colazione SI NO

spuntino SI NO

pranzo primo SI NO

 secondo SI NO

 contorno SI NO

 frutta SI NO

 pane SI NO

 bevande SI NO

 altro SI NO

merenda SI NO

cena: primo SI NO

 secondo SI NO

 contorno SI NO

 frutta SI NO

 pane SI NO

 bevande SI NO

 altro SI NO

altre assunzioni _____

doppie porzioni: spesso raramente mai

Giudizi abitudini alimentari:

alimentazione normale

Alimentazione squilibrata

Alimentazione eccessiva

Non emergono errori importanti quali/quantitativi

Iperalimentazione non sistematica

Iperalimentazione sistematica

Firma del Genitore

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta

SCHEDA DI RECLUTAMENTO (prima visita)
(da compilarsi a cura del PLS per tutti i bambini che entrano nel percorso)

Data _____	Cognome _____	Nome _____
Peso KG _____	Altezza cm _____	BMI _____
Giro Vita cm _____	>90 <input type="checkbox"/>	>95 <input type="checkbox"/>
e.o. altri dati significativi clinici _____		

DATI RIASSUNTIVI			
Anamnesi:	normale <input type="checkbox"/>	a rischio <input type="checkbox"/>	ad alto rischio <input type="checkbox"/>
BMI:	>90° <input type="checkbox"/>	>97° <input type="checkbox"/>	
Clinica: PA	normale <input type="checkbox"/>	>90° <input type="checkbox"/>	>95° <input type="checkbox"/>
	altro _____		
Stile di vita:	attivo <input type="checkbox"/>	poco attivo <input type="checkbox"/>	sedentario <input type="checkbox"/>
Alimentazione:	normale <input type="checkbox"/>	squilibrata <input type="checkbox"/>	in eccesso <input type="checkbox"/>
Consegnato materiale educativo:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Richiesti esami di laboratorio:	NO <input type="checkbox"/>	standard <input type="checkbox"/>	altri (indicare)

richiesta di visite specialistiche:	NO <input type="checkbox"/>	SI (indicare)	

Strumento terapeutico scelto:			
Consigli alimentari	<input type="checkbox"/>		
Dieta normocalorica	<input type="checkbox"/>		
Dieta ipocalorica	<input type="checkbox"/>		
Modifiche stili di vita	<input type="checkbox"/>		
Invio Centro di 2° livello	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

Firma del Genitore

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta



Esami da effettuare al momento del reclutamento e, se ritenuto necessario dal medico curante, ad uno o più controlli successivi.

Nei soggetti del gruppo B e C vengono effettuati i seguenti esami di laboratorio:

colesterolo tot.

HDL

Trigliceridi

Insulinemia

glicemia

transaminasi

VISITA DI CONTROLLO

Visita n° _____ Data _____

Cognome _____ Nome _____ Età _____

Kg _____ Cm _____ BMI _____ Perc. _____

Soprappeso >90°

Obeso > 97°

PA: normale >90° >95°

Giro vita cm _____ >90 >95

Dati clinici: _____

Risultati di eventuali esami ematochimici: _____

Risultati di eventuali visite specialistiche: _____

Variazioni ambientali: SI NO

Familiari SI NO

Rendimento scolastico buono discreto sufficiente insufficiente

Stato psicoemotivo normale dubbio alterato

Variazioni stili di Vita: attività motoria sedentarietà

Variazioni abitudini alimentari

Firma del Genitore

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta
