



Regione Calabria

Progetto Salute Infanzia

**Libretto Sanitario
Pediatrico**

Azienda Sanitaria Provinciale

.....

REGIONE CALABRIA

Azienda Sanitaria Provinciale
di

Libretto Sanitario Pediatrico

Cognome : _____

Nome : _____

Nato a : _____ **il** _____

Codice Fiscale: _____

INTRODUZIONE

Il presente libretto rappresenta un “documento di salute” che contiene tutte le informazioni utili sullo stato di salute del bambino e fornisce indicazioni sull’esecuzione dei controlli periodici e delle vaccinazioni.

Il Pediatra di famiglia, che esercita una funzione globale nell'assistenza al bambino, provvede alla sua compilazione in occasione delle visite periodiche e dei bilanci di salute.

L’aggiornamento continuo del libretto permette di avere una conoscenza completa ed esauriente dei problemi di salute più importanti del bambino, di grande utilità nel caso siano necessari controlli o ricoveri in Ospedali o Cliniche Universitarie.

Viene richiesto, pertanto, di conservarlo accuratamente presentandolo ad ogni visita del pediatra ed ai centri di vaccinazione che provvedono a registrarvi la loro esecuzione.

Quando, al compimento del 14° o 16° anno, il medico di famiglia prenderà in cura il ragazzo ormai cresciuto, sarà a conoscenza di tutta la sua storia sanitaria.

Pediatra di famiglia :				
Ambulatorio in Via :				
Tel. :				
RICEVE				
GIORNI	MATTINA		POMERIGGIO	
	Dalle ore	Alle ore	Dalle ore	Alle ore
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				

CARTA DEI SERVIZI DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA

Il Servizio Sanitario Nazionale prevede per tutti i cittadini, dalla nascita ai 14 anni di età o su richiesta dei genitori sino a 16 anni, l'assistenza gratuita da parte di un medico specialista in pediatria. Tale figura professionale, per le proprie competenze specifiche, rappresenta l'ideale per tale fascia d'età. Infatti, è l'unico in grado, attraverso opportune visite periodiche e/o di urgenza, utilizzo di idonee prescrizioni terapeutiche e/o di indagini di laboratorio e strumentali, di effettuare quella giusta cura e prevenzione a tutela della salute del bambino. E' opportuna, per un proficuo rapporto di collaborazione tra il professionista e le famiglie, la conoscenza delle norme legislative e contrattuali che regolano l'assistenza in carico alla pediatria di famiglia. Alla base di ogni rapporto di collaborazione esiste sempre la fiducia reciproca.

Orario e modalità di accesso allo studio del pediatra

Lo studio del pediatra è una struttura privata aperta cinque giorni alla settimana per un congruo numero di ore; lo studio è chiuso nei giorni festivi e nel pomeriggio di tutti i giorni prefestivi. L'orario di apertura è esposto all'ingresso dello studio e presso l'ufficio "Scelta del medico" della ASL. Le visite ambulatoriali vengono, di norma, effettuate per appuntamento, salvo eventuali emergenze per le quali è consigliabile comunque contattare il pediatra prima di portare il bambino presso lo studio. L'assistenza sanitaria è garantita durante tutto l'anno; in caso di assenza del vostro pediatra ci sarà un suo sostituto a prendersi cura del bambino.

Visite Domiciliari

Il pediatra effettua, in caso di necessità e secondo la sua valutazione, anche visite domiciliari. Le stesse devono essere effettuate in giornata se concordate entro le ore 10 del mattino, dopo tale ora entro le 12 del giorno successivo. Le visite domiciliari vengono, di norma, eseguite eccezionalmente e la loro necessità va valutata caso per caso. Un bambino con febbre, per esempio, non corre alcun rischio ad essere trasportato e per lui può essere più vantaggiosa una visita accurata eseguita nell'ambulatorio del pediatra.

Continuità Assistenziale

Nelle ore non coperte dal pediatra di famiglia, cioè durante la notte (dalle ore 20 alle ore 8 del mattino seguente), nei giorni festivi e dalle ore 10 di sabato e dei giorni prefestivi, l'assistenza viene assicurata dal Servizio di Guardia Medica.

Pertanto il sabato e nei giorni prefestivi il pediatra non svolge attività ambulatoriale nel pomeriggio, ma solo le visite domiciliari, ritenute necessarie, richieste entro le 10 del mattino. Il servizio di Pronto Soccorso delle strutture ospedaliere ed il 118 del servizio emergenza sono comunque sempre disponibili 24 ore su 24. Tali servizi, però, devono essere utilizzati solo per effettive emergenze.

Prescrizioni di farmaci, esami di laboratorio e visite specialistiche

Il pediatra di famiglia prescrive, secondo il suo giudizio professionale e la propria responsabilità, farmaci, esami di laboratorio e visite specialistiche di consulto che ritiene necessari per la tutela della salute del bambino. Il pediatra può non trascrivere sul ricettario regionale prescrizioni di altri medici, pubblici o privati, quando non lo ritiene giustificato.

Prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Il pediatra di famiglia effettua gratuitamente per i bambini suoi assistiti:

- *Visite ambulatoriali e domiciliari;*
- *Bilanci di salute alle età stabilite dalla normativa vigente;*
- *Test di screening per i difetti visivi ed uditivi;*
- *Altre prestazioni di particolare impegno professionale;*
- *Prescrizioni di esami strumentali e di laboratorio e visite specialistiche;*
- *Certificati di malattia per l'astensione dal lavoro del genitore;*
- *Certificati di idoneità all'attività sportiva non agonistica (uno all'anno)*
- *Certificati per la riammissione a scuola o all'asilo;*
- *Aggiornamento del libretto sanitario individuale e della scheda sanitaria conservata presso il suo ambulatorio.*

Prestazioni a carico dell'assistito

Il pediatra di famiglia può effettuare a pagamento tutte le prestazioni non previste dalla convenzione con il SSN ed in particolare:

- *Le visite, le prescrizioni e i certificati per bambini non iscritti nell'elenco dei propri assistiti o per i propri assistiti in orari non previsti dalla convenzione o per prestazioni non previste dallo stesso ACN per la Pediatria di famiglia;*
- *Certificati richiesti per le colonie, per i soggiorni estivi, i campi scout, ecc.;*

INFORMAZIONI UTILI

UFFICI dell'AS	Sede	Indirizzo	Telefono
Sede centrale			
Distretto Sanitario			
CAPT			
Ufficio Vaccinazioni			
Guardia Medica			

Perchè è importante vaccinare tuo figlio.

Le vaccinazioni sono il modo più efficace e sicuro per proteggere il tuo bambino da alcune gravi malattie che spesso sono causa di complicanze serie, conseguenze invalidanti e morte.

In caso di epidemia o di casi sporadici di malattie infettive nella comunità, i vaccinati hanno pochissime probabilità o nulle di ammalarsi perché il vaccino induce la produzione di anticorpi specifici che bloccano e distruggono il patogeno causa dell'infezione.

Se vengono vaccinati tanti bambini e si raggiunge una copertura vaccinale alta, si blocca la diffusione dell'infezione, si proteggono i bambini che non possono vaccinarsi ed in alcuni casi si fa scomparire del tutto una malattia. Oggi alcune malattie come il vaiolo non esistono più, altre come la poliomielite sono in via di estinzione.

E' per questa importante funzione che la scoperta dei vaccini è al terzo posto nella graduatoria delle dieci innovazioni più importanti in medicina.

I vaccini, oggi disponibili, risultano sempre più efficaci grazie ai progressi della ricerca e molto più sicuri, perché sottoposti a lunghi e complessi controlli, prima, durante e dopo la loro introduzione sul mercato.

Era il 1778 quando un medico inglese (Edward Jenner) con successo utilizzò il pus di una vacca che aveva il vaiolo per proteggere il figlio dalla malattia. Dal virus "vaccinia" perché prelevato dalla vacca si arrivò a coniare il termine oggi usato di vaccino.

Il principio su cui si basano i vaccini è lo stesso di allora, anche se le tecniche di preparazione sono molto più raffinate e diverse. Ci sono vaccini preparati con germi uccisi o attenuati, altri utilizzano la sola superficie del virus o la capsula del batterio. Una nuova serie di vaccini utilizza proteine sintetiche dei patogeni. Il risultato, in tutti i casi, è stimolare la produzione di anticorpi che difendono il bambino dall'attacco del patogeno senza causarne la malattia.

I bambini, oggi, sono più fortunati perché ricevono più vaccinazioni e sono protetti da più malattie anche gravi.

Con le vaccinazioni si possono verificare dei piccoli inconvenienti: febbre, dolore e gonfiore nel punto di somministrazione; sono effetti collaterali modesti e non frequenti.

Le complicanze gravi sono di estrema rarità e questo, purtroppo, può avvenire con qualsiasi farmaco anche quello che ci sembra il più innocuo. La scomparsa o la drastica riduzione di alcune malattie infettive, la conseguente riduzione delle ospedalizzazioni, il calo della mortalità per malattie infettive prevenibili con il vaccino è una chiara e non confutabile dimostrazione di quanto sono enormi i vantaggi rispetto agli eventi avversi.

E sull'importanza storica che ha avuto la scoperta dei vaccini sulla salute pubblica riportiamo una frase del famoso immunologo statunitense Stanley Plotkin: "Con l'eccezione dell'acqua potabile nessuno altro strumento, neppure gli antibiotici, ha avuto un maggiore effetto sulla riduzione della mortalità e la crescita della popolazione".

CALENDARIO DELLE VACCINAZIONI

Vaccino	0 gg – 30 gg (da 0 giorni a 30 giorni di vita)	3° mese (dal 61° giorno di vita)	5° mese	7° mese (da 6 mesi e 1 giorno fino a 6 mesi e 29 giorni)	11° mese	13° mese	15° mese	5°-6° anno (dal 4° compleanno ai 5 anni e 364 giorni)	12°-18° anno (per 12° anno si intende da 11 anni e 1 giorno fino al 12° compleanno)
DTPa		DTPa	DTPa		DTPa ²⁾			DTPa ²⁾	dTpa ³⁾
IPV		IPV	IPV		IPV			IPV	
Epatite B	EpB- EpB ¹⁾	EpB	EpB		EpB				
Hib		Hib	Hib		Hib				
MPRV o MPR + V					MPRV o MPR + V			MPRV o MPR + V	MPR ⁴⁾ o MPR + V ⁵⁾
PCV ⁶⁾		PCV	PCV		PCV				
Men C					Men C ⁷⁾				Men C ⁷⁾
HPV									HPV ⁸⁾
Influenza					Influenza ⁹⁾				
Epatite A							EpA ¹⁰⁾		EpA ¹⁰⁾
Rotavirus		Rotavirus ¹¹⁾							

Legenda

DTPa = vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare

IPV = vaccino antipolio inattivato

Ep B = vaccino contro il virus dell'epatite B

Hib = Vaccino contro le infezioni invasive da *Haemophilus influenzae* tipo b

} Vaccini
contenuti
nell'esavalente

dTpa = vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare formulazione per adulto

MPRV= Vaccino tetravalente per morbillo, parotite, rosolia e varicella

MPR= Vaccino trivalente per morbillo, parotite, rosolia

V = Vaccino contro la varicella

PCV = Vaccino pneumococcico coniugato 13 valente

MenC = Vaccino contro il meningococco C coniugato

HPV = Vaccino contro i papilloma virus

Influenza = Vaccino trivalente contro l'influenza stagionale

Rotavirus = Vaccino contro i rotavirus

Ep A = Vaccino contro l'epatite A

CALENDARIO DELLE VACCINAZIONI

Note:

- 1) Nei figli di madri HBsAg positive, somministrare entro le prime 12-24h di vita, contemporaneamente alle immunoglobuline specifiche, la prima dose di vaccino. Il ciclo va completato con la seconda dose a distanza di 4 settimane dalla prima, con la terza dose al compimento dell'ottava settimana e con la quarta dose in un periodo compreso fra l'undicesimo e il dodicesimo mese di vita, anche in concomitanza con altre vaccinazioni.
- 2) La terza dose va somministrata ad almeno 6 mesi di distanza dalla seconda. La quarta dose, l'ultima della serie primaria, va somministrata fra 4 e 6 anni. Dopo il compimento dei 6 anni di età, è necessario utilizzare la formulazione tipo adulto, con un vaccino che contenga basse concentrazioni di tutti gli antigeni (dTpa).
- 3) I successivi richiami vanno eseguiti ogni 10 anni
- 4) In riferimento ai focolai epidemici in corso, si ritiene opportuno, oltre al recupero dei soggetti suscettibili in questa fascia d'età (*catch up*) anche una ricerca attiva ed immunizzazione dei soggetti non vaccinati (*mop up*).
- 5) Soggetti anamnesticamente negativi per varicella. Somministrazione di due dosi di vaccino a distanza di ≥ 1 mese
- 6) Le indicazioni in merito alla somministrazione del vaccino antipneumococcico 13 valente sono quelle di cui alla circolare ministeriale del 27 maggio 2010 n. 0024720. In particolare è indicata la somministrazione di una dose supplementare di vaccino 13 valente nei bambini già vaccinati con epta-valente; recupero attivo dei soggetti a rischio di malattia invasiva da pneumococco non precedentemente vaccinati.
- 7) Dose singola. La vaccinazione contro il meningococco C viene eseguita in due coorti contemporaneamente: la prima coorte al 13°-15° mese di vita e la seconda coorte a 12-14 anni. I bambini della prima coorte riceveranno tra il 12° e il 15° anno di vita una nuova dose di vaccino. Nei soggetti a rischio, la vaccinazione contro il meningococco C può iniziare dal terzo mese di vita con tre dosi complessive.
- 8) Solo per il sesso femminile. Somministrare 3 dosi nella coorte. E' ammesso il "co-payment" per le fasce d'età per cui non è prevista l'offerta gratuita, da effettuare nelle aziende nei termini indicati nel decreto di approvazione.
- 9) Vaccinare con il vaccino stagionale i soggetti a rischio secondo quanto previsto dalla Circolare Ministeriale.
- 10) Offerta gratuita ai figli di immigrati al rientro dai Paesi di origine.
- 11) In co-payment.

VACCINAZIONI

	Tipo	Data	Lotto/Scadenza	Timbro e firma
ESVALENTE (<i>difterite-tetano-pertosse-polio-epatite B- emofilo B</i>)				
1°				
2°				
3°				
ANTI PNEUMOCOCCO				
1°				
2°				
3°				
ANTI ROTAVIRUS				
1°				
2°				
3°				

VACCINAZIONI

	Tipo	Data	Lotto/Scadenza	Timbro e firma
ANTI MENINGOCOCCO				
1°				
2°				
ANTIMORBILLO – ROSOLIA – PAROTITE - VARICELLA				
1°				
2°				
ANTI VARICELLA				
1°				
2°				
4^ DOSE ANTIPOLIO – DIFTERITE - TETANO- PERTOSSE				

VACCINAZIONI

	Tipo	Data	Lotto/Scadenza	Timbro e firma
ANTI HPV				
1°				
2°				
3°				
RICHIAMI TRIVALENTE <i>(Difterite-Tetano-Pertosse)</i> <i>(ogni 10 anni)</i>				
.....				
.....				

ANAMNESI FAMILIARE

PADRE	ETÀ	PESO	ALTEZZA	EMOGR.+ RH
	ISTRUZIONE		PROFESSIONE	
MADRE	ETÀ	PESO	ALTEZZA	EMOGR.+ RH
	ISTRUZIONE		PROFESSIONE	
FRATELLI	ETÀ	SESSO	GENITURA	

MALATTIE FAMILIARI che possono avere influenza sulla salute del bambino

(indicare epoca di comparsa e parentela col neonato: padre, madre, fratello, zio, ecc.)

- Malformazioni congenite
- Malattie cromosomiche
- Altre malattie ereditarie
- Malattie allergiche
- Diabete
- Malattie cardiovascolari
- Malattie della coagulazione
- Altro

ANAMNESI PERINATALE

GRAVIDANZA : durata settimane Fisiologica

Patologica per

Gravidanze precedenti N. Decorso

PARTO : eutocico distocico per :

Liquido amniotico: normale patologico :

PERIODO NEONATALE : fisiologico APGAR a 1' 5' 10'

patologico

Peso g..... - Lunghezza cm..... - Circ. cranica cm.....

Gruppo sang.: ... Rh ... - Ittero : No Si → Val.max bilirubina

Data di dimissione - Peso alla dimissione gr

Screening eseguiti: PKU Ipotiroidismo FC Altro

Alimentazione : latte materno altro latte :

Prescrizioni :

EVENTUALE RICOVERO : in° giornata di vita per

.....

Presso

Accertamenti eseguiti :

.....

Terapia praticata :

.....

Dimesso il ... / ... / con la **DIAGNOSI** :

.....

Prescrizioni alla dimissione :

.....

Alimentazione :

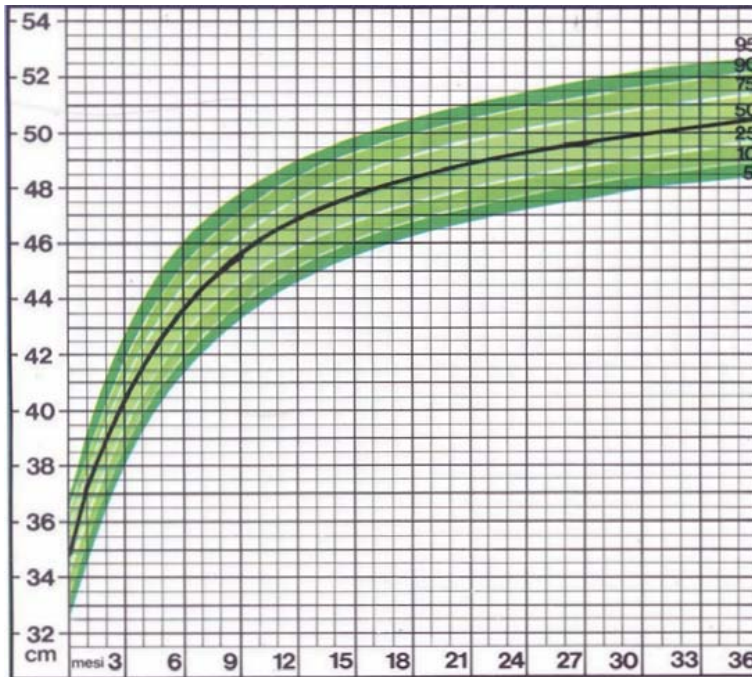
Eventuale follow-up per :

SVILUPPO NEURO-MOTORIO

comportamento spontaneo			posturale			capo			motorio			mesi																								
												1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	18	21	24									
verticale	prono	supino	alla trazione	seduto	quadrupede	in piedi	alzarsi in piedi da supino	locomozione																												
			solleva			avambracci			mani			quadrupede			plantigrado			con rotazione parziale 3 a. senza rot. 5 a.			senza appoggio			deambulazione con guardia alta media			corsa mov. reciproci									
			solleva			abasia			punta i piedi			quadrupede			quadrupede			con rotazione e appoggio			deambulazione con guardia alta media			corsa mov. reciproci												
			solleva			astasia			sostegno			quadrupede			quadrupede			con rotazione e appoggio			deambulazione con guardia alta media			corsa mov. reciproci												
			solleva			REAZ. DI SOSTEGNO			rotoloni			quadrupede			quadrupede			con rotazione e appoggio			deambulazione con guardia alta media			corsa mov. reciproci												
			DEAMB. AUTOM.																																	

PERCENTILI CIRCONFERENZA CRANICA

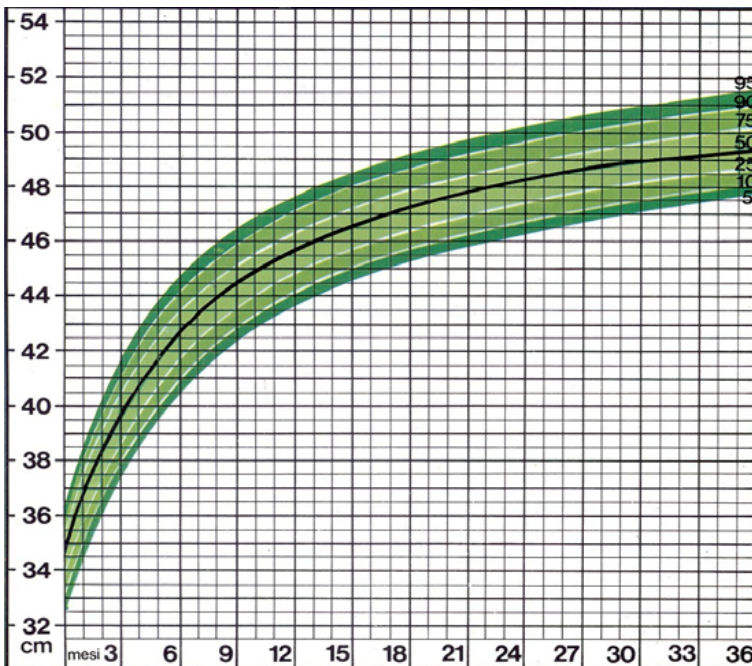
(0-36 mesi)



MASCHI

c.c. maschi

nascita: 32.5 – 36.5
1° mese: 34.5 – 39
2° mese: 36.5 – 41
3° mese: 38 – 42.5
4° mese: 38.5 – 44
5° mese: 40.5 – 45
6° mese: 41.5 – 46



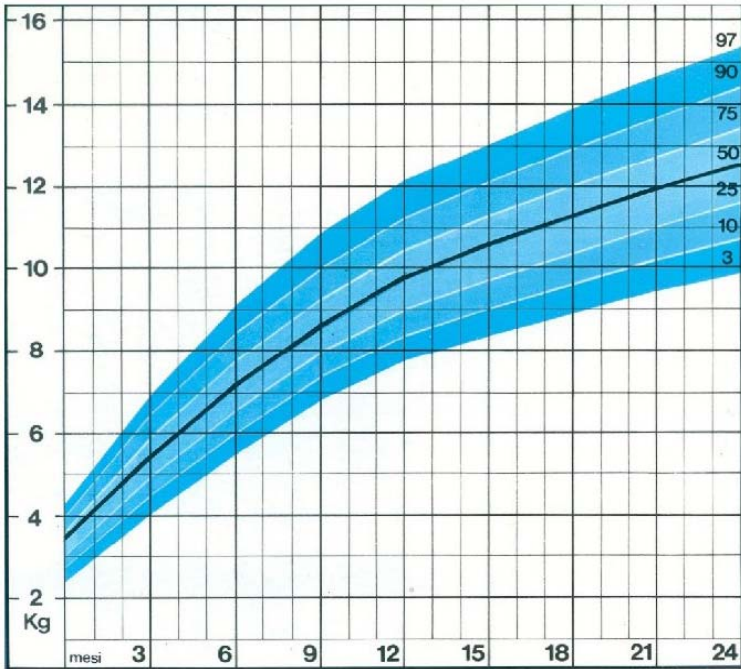
FEMMINE

c.c. femmine

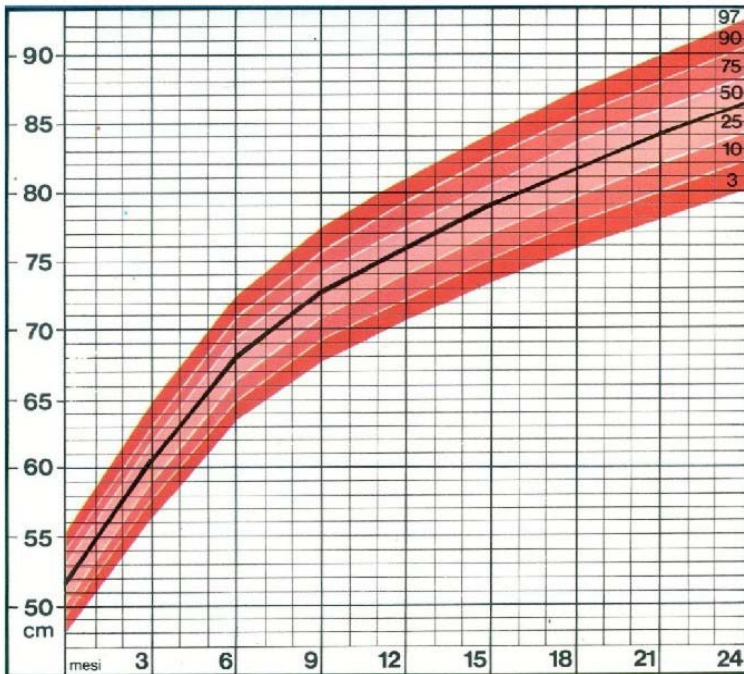
nascita: 32.5 – 36.5
1° mese: 34.5 – 38.5
2° mese: 36 – 40
3° mese: 37.5 – 41.5
4° mese: 38.5 – 42.5
5° mese: 39.5 – 43.5
6° mese: 40.5 – 44.5

PERCENTILI PESO/ALTEZZA

MASCHI 0-36 mesi



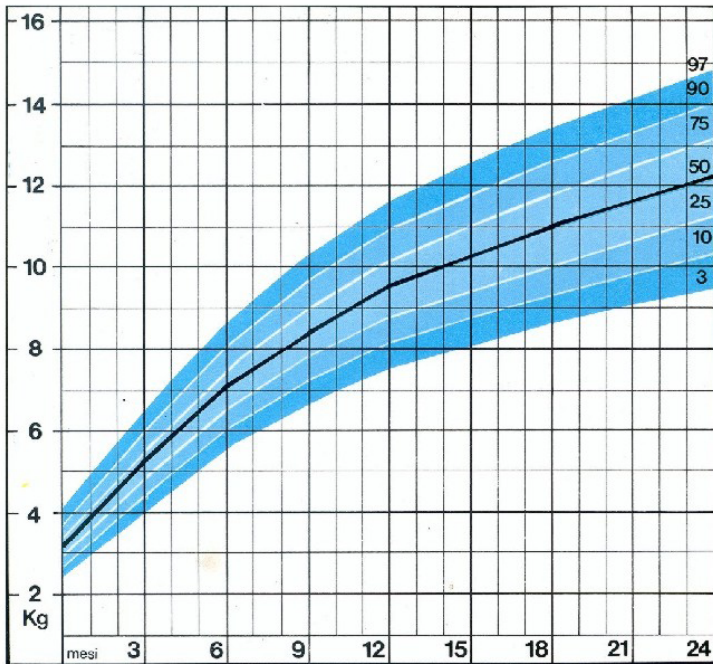
Peso



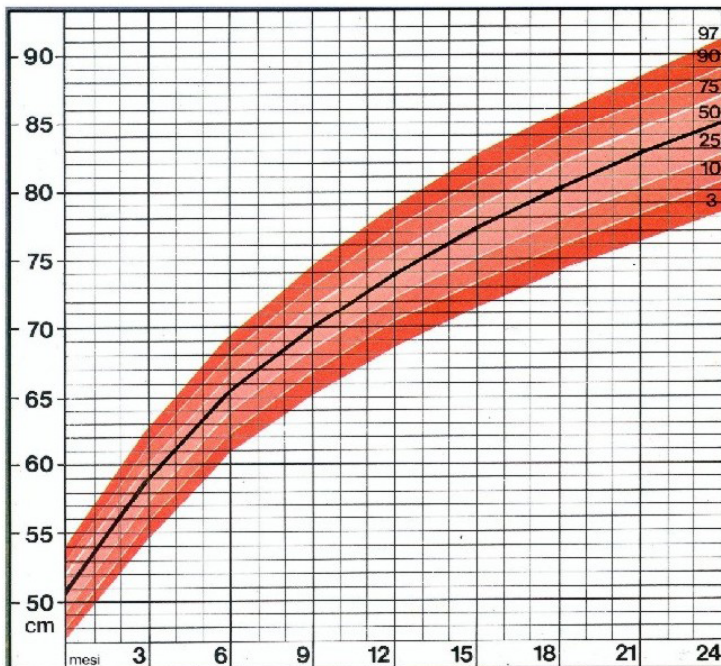
Altezza

PERCENTILI PESO/ALTEZZA

FEMMINE 0-36 mesi



Peso



Altezza

CONTROLLI E VISITE

La prima visita da parte del pediatra di famiglia che è stato scelto per seguire il bambino è molto importante perché serve a lui per conoscere i dati relativi alla famiglia, alla gravidanza, al parto ed al decorso dei primi giorni di vita del neonato ed ai genitori per informarsi sull'organizzazione dell'ambulatorio del pediatra e sugli orari di apertura dello stesso.

E' pertanto, utile, portare la cartella di dimissione rilasciata dall'ospedale in cui è nato il bambino ed ogni altro documento utile a fornire notizie riguardanti la sua nascita.

BILANCI DI SALUTE

Sono previste quattro visite di controllo nel corso del primo anno di vita ed altre sei negli anni successivi fino a 14 o 16 anni, durante le quali verrà eseguito un accurato controllo generale del bambino e forniti i consigli per un corretto allattamento al seno od artificiale nei pochi casi di mancanza del latte materno; verrà spiegato come, quando (non prima del 5° mese) e con quali alimenti iniziare e proseguire il divezzamento; come curare l'igiene del bambino, dal bagnetto ai dentini quando spunteranno; come prevenire gli incidenti domestici (i pericoli dell'acqua calda, le prese elettriche, i farmaci ed i detersivi); come effettuare un corretto trasporto in auto e l'uso del casco quando il ragazzo comincerà ad andare in motorino.

VACCINAZIONI

Durante queste visite di controllo verrà posta grande attenzione all'esecuzione delle vaccinazioni, secondo il calendario stabilito dal Ministero della Salute e riportato nelle pagine precedenti di questo libretto. Le vaccinazioni rappresentano la misura più efficace per prevenire diverse malattie dell'infanzia e le loro complicanze spesso molto gravi che oggi, grazie ad esse ed alle migliorate condizioni socio-economiche e nutrizionali, sono quasi del tutto scomparse.

SCREENING DELL'UDITO E DELLA VISTA

La diagnosi precoce dei deficit dell'udito e della vista deve essere fatta il più precocemente possibile in modo da consentire al più presto l'inizio del trattamento che, in molti casi, impedisce l'instaurarsi di un danno permanente per tutta la vita. Per tale motivo, ad ogni bambino viene eseguito da parte del pediatra un accurato controllo dell'udito al 7-12 mese e della vista a 2-6 anni. Questi test devono essere fatti al più presto nell'intervallo di età indicato e ripetuti in caso di dubbio o scarsa collaborazione del bambino.

RIEPILOGO DEGLI INTERVENTI DI TIPO PREVENTIVO

Età	Bilancio di salute	Vaccinazione	Altro
1° mese	0		
3° mese	0	0	
4° mese		0	
6° mese	0		
12° mese	0	0	Screening udito
15° mese		0	
24° mese	0		
3° anno	0		Screening ambliopia
4° anno	0		
6° anno	0	0	
12 anni	0	0	
14-16 anni	0	0	

OBIETTIVI DEL BILANCIO DI SALUTE AD UN MESE

Valutazione auxologica e clinica

Controllo crescita (peso, lunghezza e circonferenza cranica). Ricerca dei polsi femorali e di eventuali soffi cardiaci. Manovra di Ortolani per la lussazione dell'anca. Ricerca del riflesso rosso oculare. Valutazione della capacità di reagire ai rumori.

Valutazione dello sviluppo psicomotorio

Valutazione della postura, del tono muscolare, dei movimenti spontanei e delle reazioni riflesse (riflesso di Moro, gasping palmare e plantare, ecc.).

Educazione alla salute ed informazioni

Sostegno ed incoraggiamento dell'allattamento materno con verifica della correttezza dell'attaccamento al seno, consigli sull'orario delle poppate più opportuno da seguire e sull'alimentazione più corretta per la mamma. Informare che l'uso del succhiotto influenza negativamente l'allattamento al seno e ne può ridurre la durata.

Raccomandare ai genitori, in questo e nei successivi bilanci di salute, di non fumare, soprattutto in casa.

BILANCIO DI SALUTE DEL 1° MESE (16-45 giorni)

Data _____ Età ____ giorni

Peso Kg _____ (%) - Lungh. cm ____ (%) - Circ.cranica cm _____ (%)

Problemi segnalati dai genitori :

.....

Alimentazione : Latte materno Altro latte :

Vitamine No Si

Esame obiettivo: nella norma

Elementi rilevanti :

.....

Riflesso rosso: presente assente

Reazione ai rumori: presente assente

Manovra di Ortolani : negativa positiva

Altri rilievi.....

Sviluppo psicomotorio : Adeguato all'età Non adeguato

.....

Sintesi dell'osservazione : Bambino sano

Problemi rilevanti (intercorrenti o cronici) :

.....

Suggerimenti/consigli :

.....

VISITE TRA IL 1° ED IL 3° MESE

Data	Età	Peso	Altezza	P. A.	Annotazioni
___/___ 20___	anni mesi	Kg	Cm	mmHg	
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				

OBIETTIVI DEL BILANCIO DI SALUTE A 3 MESI

Controllo auxologico e clinico

Rilevazione dei parametri auxologici. Ricerca del riflesso rosso e della capacità di seguire la luce ed il volto della madre. Valutazione della reazione agli stimoli sonori ed alla voce della madre.

Controllo sviluppo psicomotorio

Il bambino controlla quasi completamente il capo in posizione seduta, sorride, emette i primi vocalizzi.

Educazione sanitaria

Si danno istruzioni sulla prevenzione degli incidenti domestici, sul trasporto in auto e sulle vaccinazioni.

Sostegno ed incoraggiamento dell'allattamento al seno; prime informazioni sul futuro svezzamento.

BILANCIO DI SALUTE DEL 3° MESE (60 – 120 gg)

Data _____ Età ____ mesi ____ giorni

Peso Kg _____ (%) - Lungh.cm ____ (%) - Circ.cranica cm _____ (%)

Problemi segnalati dai genitori :

.....

Alimentazione : Latte materno Altro latte :

Vitamine No Si

Esame obiettivo: nella norma Elementi rilevanti

.....

Riflesso rosso: presente assente

Segue volti/oggetti : Si No - Reazione ai rumori: Si No

Si gira verso la fonte del rumore : Si No

Altri rilievi

Sviluppo psicomotorio : Adeguato all'età Non adeguato

.....

Sintesi dell'osservazione : Bambino sano

Problemi rilevanti (intercorrenti o cronici) :

.....

Suggerimenti/consigli :

.....

Annotazioni :

VISITE TRA IL 3° ED IL 6° MESE

Data	Età	Peso	Altezza	P. A.	Annotazioni
___/___ 20__	anni mesi	Kg	Cm	mmHg	
___/___ 20__	anni mesi				
___/___ 20__	anni mesi				
___/___ 20__	anni mesi				
___/___ 20__	anni mesi				

OBIETTIVI DEL BILANCIO DI SALUTE A 6 MESI

Controllo clinico ed auxologico

Rilevare i parametri auxologici e ricercare lo strabismo.

Controllo sviluppo psicomotorio

Controllare la postura del capo, la posizione seduta. Il bambino manipola gli oggetti afferrandoli volontariamente e portandoli alla bocca, gira la testa verso i rumori e la voce, reagisce al parlare mediante sillabe e lallazione.

Educazione sanitaria

Dare consigli sullo svezzamento e sulla necessità di una eventuale supplementazione di ferro e fluoro. Dare informazioni sull'uso del succhiotto e dei relativi danni sulla dentizione. Promuovere la lettura ad alta voce in famiglia. Dare consigli sulla prevenzione degli incidenti domestici ed in auto. Ricordare i danni del fumo passivo.

BILANCIO DI SALUTE DEL 6° MESE (6 mesi ± 30 gg)

Data _____ Età ____ mesi ____ giorni

Peso Kg _____ (%) - Lungh. cm ____ (%) - Circ.cranica cm _____ (%)

Problemi segnalati dai genitori :

.....

Alimentazione : Latte materno Altro latte :

Vitamine : No Si **Ferro :** No Si **Fluoro:** No Si

Divezzamento :

.....

Esame obiettivo: nella norma

Elementi rilevanti

.....

Reazione ai rumori : Si No Si gira verso la fonte dei rumori Si No

Segue volti/oggetti : Si No Altri rilievi :

Sviluppo psicomotorio : Adeguato all'età Si Non adeguato

.....

.....

Dentizione : ----- | -----

Sintesi dell'osservazione : Bambino sano

Problemi rilevanti (intercorrenti o cronici) :

.....

Suggerimenti/consigli :

.....

Annotazioni :

VISITE TRA IL 6° E 12° MESE

Data	Età	Peso	Altezza	P. A.	Annotazioni
___/___ 20___	anni mesi	Kg	Cm	mmHg	
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				

OBIETTIVI DEL BILANCIO DI SALUTE A 12 MESI

Controllo auxologico e clinico

Controllo auxologico. Ricerca dello strabismo. Controllare la definitiva discesa dei testicoli. Controllare l'udito mediante domande ai genitori sulle sue abitudini (reagisce ai rumori mediante vocalizzi? Si gira verso la fonte del rumore? Gli piace ascoltare la musica ed il suono del sonaglio? Pensate che senta bene?).

Sviluppo sviluppo psico-motorio

Il bambino gattona o cammina da solo se sostenuto, prende e rilascia gli oggetti con le mani, comprende e ricorda alcune parole, dice "mamma e papà" in modo non specifico.

Educazione sanitaria

Dare consigli su una corretta alimentazione e sulla prevenzione degli infortuni e pericoli domestici (farmaci, detersivi, prese elettriche, scale). Controllare lo stato vaccinale.

BILANCIO DI SALUTE DEI 12 MESI (± 2 mesi)

Data _____ Età ____ mesi ____ giorni

Peso Kg _____ (%) - Lungh. cm ____ (%) - Circ.cranica cm _____ (%)

Problemi segnalati dai genitori :

.....

Alimentazione :

.....

Vitamine : No Si **Ferro :** No Si **Fluoro:** No Si

Esame obiettivo: nella norma

Elementi rilevanti

.....

Reazione al rumore: Si No - Si gira verso la fonte del rumore : Si No

Segue volti/oggetti : Si No

Sviluppo psicomotorio : Adeguato all'età Si Non adeguato

.....

Dentizione : ----- | -----

Sintesi dell'osservazione : Bambino sano

Problemi rilevanti (intercorrenti o cronici) :

.....

Suggerimenti/consigli :

.....

Annotazioni :

.....



BOEL TEST

*Test di orientamento dello sguardo in seguito a stimolazione sonora
(età di esecuzione: 7-12 mesi)*

Data :

Età : ____ mesi

DOMANDE AI GENITORI :

- Cerca di scoprire la fonte dei suoni ?..... Si No Non so
- Gli piace ascoltare la musica ?..... Si No Non so
- Gli piace il suono di un campanello o sonaglio ? Si No Non so
- A quanti mesi ha incominciato a pronunciare qualche sillaba (da-da; ma-ma; ecc.) ?..... Non so
- A quanti mesi ha incominciato a pronunciare qualche parola (mamma, papà, ecc.) ?..... Non so
- Pensate che il vostro bambino senta bene..... Si No Non so

ESECUZIONE DEL TEST :

- Portamento corretto del capo
- Comunica con lo sguardo
- Si allunga verso il "gripper"
- Si allunga verso lo "spinner"
- Stringe il "gripper"
- Stringe lo "spinner"
- Sorride con intenzione
- Segue con lo sguardo
- Simmetria degli occhi
- Vocalizza in risposta
- Mette in bocca il gripper
- Cerca il suono della "ball" a dx
- Cerca il suono della "ball" a sx
- Cerca il suono del "beli" a dx
- Cerca il suono del "beli" a sx
- Siede senza appoggio

Caselle che devono essere obbligatoriamente riempite per considerare positivo il test

RISULTATO :

- Test negativo (*)
- Test positivo → Accertamenti di 2° livello
- Test dubbio → Ripetere dopo qualche giorno (**)

*) Il test è negativo (normale) se il bambino: ha un portamento corretto del capo; comunica con lo sguardo; segue con lo sguardo; cerca il suono del ball a dx ed a sx; cerca il suono del beli a dx ed a sx.

**) Se anche in questa occasione manca il riflesso di orientamento al suono, il bambino va inserito tra i sospetti ed inviato per accertamenti di 2° livello.

VISITE TRA IL 12° E 24° MESE

Data	Età	Peso	Altezza	P. A.	Annotazioni
___/___ 20___	anni mesi	Kg	Cm	mmHg	
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				

VISITE TRA IL 12° E 24° MESE

Data	Età	Peso	Altezza	P. A.	Annotazioni
___/___ 20__	anni mesi	Kg	Cm	mmHg	
___/___ 20__	anni mesi				
___/___ 20__	anni mesi				
___/___ 20__	anni mesi				
___/___ 20__	anni mesi				
___/___ 20__	anni mesi				

OBIETTIVI DEL BILANCIO DI SALUTE DEI 24 MESI

Esame obiettivo

Rilevare i parametri auxologici. Ricercare lo strabismo.

Sviluppo psicomotorio

Controllare la deambulazione ed il linguaggio.

Educazione sanitaria

Consigli su una corretta alimentazione e sulla prevenzione degli infortuni e pericoli domestici (farmaci, detersivi, prese elettriche, scale). Controllare lo stato vaccinale, in particolare l'esecuzione del vaccino MPRV (Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella).

BILANCIO DI SALUTE DEI 24 MESI (± 3 mesi)

Data _____ Età ____ mesi

Peso Kg _____ (%) – Altezza cm ____ (%) - Circ.cranica cm _____ (%)

Problemi segnalati dai genitori:

.....

Alimentazione :

Vitamine : No Si **Ferro :** No Si **Fluoro:** No Si

Esame obiettivo: nella norma

Elementi rilevanti

Problemi comportamentali : No Si

Note sociali :

Deambulazione : Si No

Linguaggio appropriato : Si No Dice molte parole Si No

Esegue ordini semplici : Si No

Sviluppo psicomotorio : Adeguato all'età Non adeguato

.....

Dentizione ----- | -----

Sintesi dell'osservazione : Bambino sano

Problemi rilevanti (intercorrenti o cronici) :

.....

Suggerimenti/consigli :

.....

Vaccinazioni : Regolari Non regolari :



STEREO-TEST DI LANG
(età di esecuzione : 2-6 anni)

Fattori di rischio per deficit visivo : Assenti Presenti

Data primo test : _____

- Risposta presente
 - Risposta dubbia → Ripetizione del test al prossimo BDS
 - Risposta assente → Controllo oculistico
 - Il bambino non collabora → Ripetizione del test al prossimo BDS
-

Data 2° test (in caso di risposta dubbia o non collaborazione): _____

- Risposta presente
 - Risposta dubbia → Controllo oculistico
 - Risposta assente → Controllo oculistico
-

Controllo oculistico

Eseguito il giorno _____

Presso : _____

Esito : _____

Conclusioni :

VISITE TRA IL 24° E 36° MESE

Data	Età	Peso	Altezza	P. A.	Annotazioni
___/___ 20___	anni mesi	Kg	Cm	mmHg	
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				

VISITE TRA IL 24° E 36° MESE

Data	Età	Peso	Altezza	P. A.	Annotazioni
___/___	anni	Kg	Cm	mmHg	
20___	mesi				
___/___	anni				
20___	mesi				
___/___	anni				
20___	mesi				
___/___	anni				
20___	mesi				
___/___	anni				
20___	mesi				

OBIETTIVI DEL BILANCIO DI SALUTE DEI 36 MESI

Esame obiettivo

Rilevare i dati auxologici

Sviluppo psicomotorio

Controllare la deambulazione (sale e scende le scale), lo sviluppo del linguaggio (è in grado di intavolare una conversazione semplice). Verificare l'avvenuto controllo degli sfinteri ed eventualmente consigliare come ottenerlo.

Educazione sanitaria

Raccomandazioni per una corretta alimentazione. Prevenzione degli incidenti domestici. Dare consigli sulla frequenza della scuola materna.

BILANCIO DI SALUTE DEI 36 MESI (\pm 3 mesi)

Data _____ Età ____ anni ____ mesi P.A. mm Hg ____/____

Peso Kg _____ (%) – Altezza cm ____ (%) - Circ.cranica cm _____ (%)

Problemi segnalati dai genitori :

.....

Alimentazione :

Vitamine : No Sì **Ferro :** No Sì **Fluoro:** No Sì

Esame obiettivo: nella norma

Elementi rilevanti

Dentizione ----- | ----- **Carie :** No Sì ----- | -----

Apparato locomotore : Normale Anormale

Linguaggio appropriato : Sì No Dice molte parole Sì No

Esegue ordini semplici : Sì No Frequenta asilo : Sì No

Altri rilievi :

Sviluppo psicomotorio : Adeguato all'età Non adeguato

.....

.....

Problemi comportamentali : No Sì

Note sociali :

Sintesi dell'osservazione : Bambino sano

Problemi rilevanti (intercorrenti o cronici) :

.....

Suggerimenti/consigli :

.....

.....

Vaccinazioni : Regolari Non regolari :

VISITE TRA IL 36° ED IL 48° MESE

Data	Età	Peso	Altezza	P. A.	Annotazioni
___/___ 20___	anni mesi	Kg	Cm	mmHg	
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				

OBIETTIVI DEL BILANCIO DI SALUTE DEI 48 MESI

Esame obiettivo

Controllare i dati auxologici, il visus e fare il test per l'ambliopia. Misurare la P.A.

Sviluppo psicomotorio e relazionale

Il bambino dice il suo nome, sa contare, conosce i colori.

Educazione sanitaria

Consigli su alimentazione ed igiene orale, su prevenzione degli incidenti e uso della TV.

BILANCIO DI SALUTE DEI 48 MESI (\pm 4 mesi)

Data _____ Età ____ anni ____ mesi

Peso Kg _____ (%) – Altezza cm _____ (%) - P.A. mm Hg ____/____

Problemi segnalati dai genitori :

.....

Alimentazione :

Vitamine : No Si **Ferro :** No Si **Fuoro:** No Si

Esame obiettivo: nella norma

Elementi rilevanti

Dentizione ----- | ----- **Carie :** No Si ----- | -----

Apparato locomotore : Normale Anormale

Linguaggio appropriato : Si No **Dice molte parole** Si No

Esegue ordini semplici Si No **Frequenta asilo :** Si No

Altri rilievi :

Sviluppo psicomotorio : Adeguato all'età Non adeguato

.....

.....

Problemi comportamentali : No Si

Note sociali :

Sintesi dell'osservazione : Bambino sano

Problemi rilevanti (intercorrenti o cronici) :

.....

Suggerimenti/consigli :

.....

.....

Vaccinazioni : Regolari Non regolari :

VISITE TRA IL 48° MESE E 6° ANNO

Data	Età	Peso	Altezza	P. A.	Annotazioni
___/___ 20___	anni mesi	Kg	Cm	mmHg	
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				

VISITE TRA IL 48° MESE E 6° ANNO

Data	Età	Peso	Altezza	P. A.	Annotazioni
___/___ 20___	anni mesi	Kg	Cm	mmHg	
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				

BILANCIO DI SALUTE DEL 6° ANNO (6 anni ± 6 mesi)

Data _____ Età ____ anni ____ mesi

Peso Kg _____ (%) - Altezza cm _____ (%) - P.A. mm Hg ____/____

Problemi segnalati dai genitori :
.....

Alimentazione :

Vitamine : No Si **Ferro :** No Si **Fluoro:** No Si

Esame obiettivo: nella norma

Elementi rilevanti :
.....

Apparato locomotore normale : Si No

Problemi comportamentali No Si

Scolarizzazione / socializzazione :

Linguaggio appropriato : Si No

Sviluppo psicomotorio e relazionale adeguato all'età : Si No

Dentizione -----|----- **Carie** No Si -----|-----

Malocclusione No Si **Visus :** OD..... OS

Sintesi dell'osservazione Bambino sano

Problemi rilevanti (intercorrenti o cronici) :
.....

Suggerimenti/consigli :

Annotazioni :

Vaccinazioni : Regolari Non regolari

VISITE TRA 6 E 12 ANNI

Data	Età	Peso	Altezza	P. A.	Annotazioni
___/___ 20___	anni mesi	Kg	Cm	mmHg	
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				

BILANCIO DI SALUTE DEL 12° ANNO

Data _____ Età _____ anni

Peso Kg _____ (%) – Altezza cm _____ (%) - P.A. ____/____ mm Hg

Problemi segnalati dai genitori :

.....

Alimentazione :

Vitamine : No Si **Ferro :** No Si **Fluoro:** No Si

Esame obiettivo: nella norma

Elementi rilevanti :

.....

Colonna vertebrale normale : Si No

Dentizione ----- | ----- **Carie :** No Si ----- | -----

Malocclusione : No Si **Visus :** OD..... OS

Sintesi dell'osservazione : Bambino sano

Problemi comportamentali No Si

.....

Scolarizzazione / socializzazione :

Linguaggio appropriato : Si No

Sviluppo psicomotorio e relazionale adeguato all'età : Si No

.....

Problemi rilevanti (intercorrenti o cronici) :

.....

Suggerimenti/consigli :

.....

Annotazioni :

VISITE TRA 12 ANNI E 14 ANNI

Data	Età	Peso	Altezza	P. A.	Annotazioni
___/___ 20___	anni mesi	Kg	Cm	mmHg	
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				

BILANCIO DI SALUTE DELL'ADOLESCENTE (14-16 anni)

Data _____ Età _____ anni

Peso Kg _____ (%) – Altezza cm _____ (%) - P.A. ____/____ mm Hg

Alimentazione :

Esame obiettivo: nella norma

Elementi rilevanti :

Problemi comportamentali No Si

Scolarizzazione/socializzazione :

Valutazione funzionale delle relazioni in ambito socio familiare :

BUONO	DISCRETO	SCARSO
Rapporto con i genitori		
Rapporto con i compagni		
Rapporto con l'altro sesso		

Abitudini di vita: Fumo Alcool Sostanze tossiche Esperienze sessuali

Sport Altro

Educazione sanitaria Prevenzione incidenti

Apparato muscolo-scheletrico : Normale Patologico

Scoliosi : No Si (tipo e grado)

Dentizione -----| ----- **Carie** : No Si -----| -----

Malocclusione : No Si **Visus** : OD..... OS

Inizio pubertà No Si : Stadio puberale

Sintesi dell'osservazione :

Problemi rilevanti (intercorrenti o cronici) :

Suggerimenti/consigli :












ALTRE VISITE

Data	Età	Peso	Altezza	P. A.	Annotazioni
___/___ 20___	anni mesi	Kg	Cm	mmHg	
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				
___/___ 20___	anni mesi				



SVILUPPO PUBERALE NEL MASCHIO

(secondo Tanner)

STADIO	CARATTERISTICHE	Età media di comparsa ± 2 DS (anni)
GENITALI (G) G1 	Pene, testicoli, scroto di dimensioni infantili	—
G2 	Ingrossamento dello scroto e dei testicoli, senza aumento di volume del pene, iniziale pigmentazione dello scroto	11,6 ± 2,1
G3 	Aumento del pene, specie in lunghezza. Ulteriore crescita dello scroto e dei testicoli	12,9 ± 2,1
G4 	Aumento del pene soprattutto in spessore, con sviluppo del glande. Ulteriore crescita dello scroto e dei testicoli. Iperpigmentazione della cute scrotale	13,8 ± 2,0
G5 	Genitali di forma e dimensioni adulte	14,9 ± 2,2
PELURIA PUBICA (PH = Pubic Hair) PH ₁	Assenza di peluria pubica	—
PH ₂ 	Pochi peli lunghi, poco pigmentati, sottili, lisci o leggermente arricciati, soprattutto alla base del pene	13,4 ± 2,2
PH ₃ 	Peli più scuri, grossi, arricciati, sparsi sul pube	13,9 ± 2,1
PH ₄ 	Peli di tipo adulto, su una superficie più ridotta rispetto a quella dell'adulto	14,4 ± 2,2
PH ₅ 	Peli di tipo adulto per qualità e quantità	15,2 ± 2,1
PICCO DELLA CRESCITA IN ALTEZZA (PHV = Peak Height Velocity)	Massimo incremento della velocità di crescita staturale (nell'anno che include il picco, il maschio cresce in media 7-12 cm)	14,1 ± 0,9

SVILUPPO PUBERALE NELLA FEMMINA

(secondo Tanner)

STADIO	CARATTERISTICHE	Età media di comparsa ± 2 DS (anni)
MAMMELLE (B = Breast) B ₁ 	Mammelle infantili: sporge solo la papilla	—
B ₂ 	Stadio del bottone mammillare: la mammella e la papilla si ingrossano leggermente; il diametro della areola si allarga	11,2 ± 2,2
B ₃ 	Ulteriore ingrossamento mammario e della areola, senza separazione dei loro contorni	12,2 ± 2,1
B ₄ 	Areola e papilla diventano sporgenti	13,1 ± 2,3
B ₅ 	Mammelle di aspetto adulto: protrusione del solo capezzolo, in seguito alla retrazione dell'areola sulla superficie della mammella	15,3 ± 3,5
PELURIA PUBICA (PH = Pubic Hair) PH ₁	Assenza di peluria pubica	—
PH ₂ 	Peli sottili, lunghi e chiari, lisci o leggermente arricciati, soprattutto lungo le grandi labbra	11,7 ± 2,4
PH ₃ 	Peli più scuri, grossi, arricciati, sparsi sul pube	12,4 ± 2,2
PH ₄ 	Peli di tipo adulto, su un'area più piccola rispetto alla donna adulta	12,9 ± 2,1
PH ₅ 	Peli di tipo adulto, per qualità e quantità	14,4 ± 2,2
PICCO DELLA CRESCITA IN ALTEZZA (PHV = Peak Height Velocity)	Massimo incremento della velocità di crescita staturale (nell'anno che include il picco, la femmina cresce in media 6 - 11 cm)	12,1 ± 0,9
MENARCA (M)		13,5 ± 1,0

CONSULENZE SPECIALISTICHE

DATA	ETA'	TIPO	DIAGNOSI	TERAPIA
___/___ 20___				
___/___ 20___				
___/___ 20___				
___/___ 20___				
___/___ 20___				
___/___ 20___				
___/___ 20___				
___/___ 20___				
___/___ 20___				
___/___ 20___				

ESAMI DI LABORATORIO E STRUMENTALI

DATA	ETA'	DIAGNOSI	RISULTATO
___/___ 20___			
___/___ 20___			
___/___ 20___			
___/___ 20___			
___/___ 20___			
___/___ 20___			
___/___ 20___			
___/___ 20___			
___/___ 20___			
___/___ 20___			
___/___ 20___			

RICOVERI OSPEDALIERI

DATA	ETA'	MOTIVO - DIAGNOSI DI DIMISSIONE
___/___ 20___		
___/___ 20___		
___/___ 20___		
___/___ 20___		
___/___ 20___		
___/___ 20___		
___/___ 20___		

RIEPILOGO DEI DATI SANITARI ANNOTATI SU QUESTO LIBRETTO

(da compilare al momento del passaggio al MMG)

MALATTIE CONTRATTE :

ALLERGIE E INTOLLERANZE :

RICOVERI :

PROBLEMI CRONICI :

Il Pediatra





Regione Calabria

Azienda Sanitaria Provinciale
