DATA:……………………………………

**GENERALITA’ GENITORI**

NOME……………………………COGNOME …………………………........TELEFONO………………………………MAIL…………………………………………………..

NOME……………………………COGNOME …………………………........TELEFONO………………………….…..MAIL…………………………………………………..

**GENERALITA’ BAMBINO**

NOME………………………………………….

INDIRIZZO……………………………………………………….CITTA’…………………………………………………CAP…………………………………………….

DATA DI NASCITA…………………………………………….CITTA’…………………………………………….

**UDITO**

* SOSPETTA IPOCUSIA? SÌ NO

*SE SI’*, **ETA’** IN CUI E’ INSORTO IL SOSPETTO ………………

 MOTIVO……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 SOSPETTA CAUSA……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* REAZIONE DEI BAMBINI AI SUONI (COMPRESO IL LINGUAGGIO PARLATO)
* RISULTATO DELLE OTOEMISSIONI ALLA NASCITA?

**LINGUAGGIO**

* CONSIDERA IL LINGUAGGIO NORMALE, PATOLOGICO O ASSENTE?

 *SE* PATOLOGICO, PERCHE’?..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**SVILUPPO GENERALE**

DESCRIZIONE DI PARTICOLARI COMPORTAMENTI

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**STORIA FAMILIARE**

* SORDITA’ (ACQUISITA/CONGENITA, ETA’, PARENTE)…………………………………………………………………………………………………………
* ALTRE PATOLOGIE CONGENITE…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**STORIA OSTETRICA**

* EVENTUALI PATOLOGIE CONTRATTE IN GRAVIDANZA E MESE GESTAZIONALE………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* TIPO PARTO (NATURALE, CESAREO EMERGENZA, PROGRAMMATO, CON FORCIPE, VENTOSA..)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

SETTIMANE……………………

PESO ALLA NASCITA…………………………

ASFISSIA PER MINUTI………………………

INCUBATRICE PER GIORNI………………

**ANAMNESI BAMBINO**

* MENINGITE SÌ NO
* MALATTIE VIRALI ED ETA’(MORBILLO, ROSOLIA, VARICELLA, SCARLATTINA, PAROTITIE)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* ALTRE PATOLOGIE……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**MALATTIE ORL**

* OTITI…………………………………………………………………
* ALTRO…………………………………………………………….

Con la presente acconsento all’esecuzione dello **SCREENING AUDIOLOGICO**.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi dell’ ART. 13 del Decreto legislativo 30 Giugno 2003 n. 196 “Codice in Materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

AUTORIZZO NON AUTORIZZO