



**INFORMAZIONI SUL PAZIENTE FORNITE DAL PEDIATRA DI FAMIGLIA AL MEDICO
DI MEDICINA GENERALE**

Data:

DATI PEDIATRA DI FAMIGLIA

COGNOME: NOME.....

Tel..... Email:

ORARIO PER CONTATTI:.....

**E' il genitore che ha richiesto al Pediatra di fornire al MMG le informazioni
sull'assistito?**

SI /__/ NO /__

DATI ASSISTITO

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

Nato il A.....

Da me assistito dell'età di

Ultima visita effettuata il:.....

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:

.....
.....

ANAMNESI FAMILIARE (malattie importanti, fattori di rischio ecc.):

.....
.....

RAPPORTI FAMILIARI

- con i genitori:

buoni

conflittuali

- con i fratelli:.....

ALIMENTAZIONE ATTUALE:

- **Allergie: NO/ / SI/ /**

Se sì specificare:.....

- Difficoltà o disturbi rilevati nel rapporto con il cibo: si/no

se sì specificare

VACCINAZIONI suggerite e prossime scadenze:

.....
.....

FEMMINA

Sviluppo puberale adeguato all'età : no (perchè).....

accertamenti eseguiti.....

Menarca (età): Caratteristiche mestruazioni:

.....

Attività sessuale: (iniziata, uso contraccettivi):*da segnalare solo previo consenso della
paziente.....

MASCHIO

Sviluppo puberale

(età).....

Attività sessuale (iniziata, uso contraccettivi):*da segnalare solo previo consenso del
paziente.....

SCOLARITA'

- Problemi/difficoltà scolastiche: **NO / _ / SI / _ /**

quali

.....

- abbandono scolastico: **NO / _ / SI / _ /**

USO SOSTANZE (alcool, fumo, droghe): **NO / _ / SI / _ /**

*da segnalare solo previo consenso del paziente quali

MALATTIE INFETTIVE SUPERATE:

.....

.....

MALATTIE ACUTE significative/ricorrenti: **NO / _ / SI / _ /**

.....

.....

DISTURBI RICORRENTI ricorrenti (es. cefalea, dolori addominali ecc.): **NO/_/ SI/_/**

.....
.....

RICOVERI OSPEDALIERI (motivo e anno)

.....
.....

ESAMI (ematochimici, strumentali, referti specialistici importanti da conoscere da parte del MMG):

.....
.....

MALATTIE/PROBLEMI CRONICI : NO/_/ SI/_/

.....

TERAPIE CRONICHE in corso: NO /__/ SI /__/ quali

.....

DISABILITA' (fisica o psichica):

.....

- Eventuale Centro specialistico riferimento:.....
- Eventuale specialista di
riferimento:.....

PROBLEMI PSICOLOGICI : NO /__/ SI /__/ quali

.....
.....

ALTRI PROBLEMI da segnalare al MMG:

.....
.....

INDICAZIONI FOLLOW UP/monitoraggio:

.....
.....

PROBLEMI IN SOSPESO:

.....
.....

Data: **Firma del Pediatra:**

FIRMA DEL GENITORE (per consenso alla trasmissione delle informazioni al MMG, anche con eventuale approfondimento telefonico o email): **NO** /__/ **SI** /__/

.....

FIRMA DEL RAGAZZO (per consenso alla trasmissione delle informazioni al MMG)

.....

SPAZIO DA UTILIZZARE IN CASO NON SIA SUFFICIENTE QUELLO PREVISTO PER LE SINGOLE VOCI DELLA SCHEDA

(indicare con un numero il riferimento alla voce cui si riferisce l'integrazione)

Allegati:

certificato vaccinale

curva crescita

ultimo bilancio salute