

**NOME**..... **Cognome**.....

Data di nascita..... eta' ..... peso.....

Genitore di rif..... recapito.....

Operatore..... recapito.....

Carrozzato/a.....

Deambulante.....

Deambula con tutori.....

Comunicazione Verbale..... Non Verbale.....

Incontinenza urinaria..... fecale.....

Necessita uso sedia da comodo..... da doccia.....

**PATOLOGIE PRINCIPALI:**

non vedente.....ipovedente.....

elencare in ordine di priorità le altre patologie concomitanti come ad es.  
ritardo cognitivo e/o autismo, ecc

.....  
.....  
.....

**ALLERGIE**..... **INTOLLERANZE**.....

**EPILESSIA** SI..... NO.....

Se presente *FREQUENZA* e *DURATA* delle crisi

.....  
.....

Come si presentano le crisi.....

Periodo crisi più recente.....

Cause scatenanti ipotetiche

.....  
.....  
.....

**TERAPIA FARMACOLOGICA ABITUALE:**

Quotidiana, divisa in fasce orarie, con schema posologico e modalità di somministrazione (ad es. ore 8 farmaco xy 20 gocce diluite in...oppure farmaco xy 1 compressa frantumata e dispersa in...)

Mattino.....  
.....  
.....

Ore centrali.....  
.....

Sera.....  
.....  
.....

Saltuaria.....  
.....

In caso di crisi epilettiche, **FARMACO DI EMERGENZA** da somministrare mediamente dopo quanto tempo e come.....

**ALIMENTAZIONE**

NORMALE ..... TRITATA ..... PASSATA.....

*CIBI DA EVITARE*.....

**SITUAZIONI DA SCONSIGLIARE**

.....  
.....  
.....  
.....

**NOTE**.....  
.....  
.....  
.....

**Data**..... **firma genitore**.....