

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.....