



Controllo di prevenzione 6 anni / inizio della scolarizzazione

Cognome, nome: Data di nascita:

Nome dei genitori / dei rappresentanti legali

Indirizzo: NPA Luogo

Data della visita: Timbro del medico:

Anamnesi:	Sì	No	Osservazioni
Il bambino è sano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Precedenti malattie/infortuni/operazioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attualmente in trattamento medico/terapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sa andare in bicicletta/sciare?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equilibrio su una gamba 10 sec./ andatura fluida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendere/lanciare una palla/palleggiare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicomotricità e lingua:			
Riesce a concentrarsi sul gioco/osserva le regole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riesce a vestirsi da solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asciutto giorno e notte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frequenta volentieri la scuola dell'infanzia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ama disegnare/conosce i colori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Socialmente integrato nel gruppo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento nei confronti di genitori/fratelli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parla in modo grammaticalmente corretto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formula frasi complete incl. frasi subordinate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ampio vocabolario/racconta delle storie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fonazione normale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento normale durante la visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaccinazioni (secondo il calendario vaccinale svizzero):

Di-Te	<input type="radio"/>	Hib	<input type="radio"/>	FSME	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Per	<input type="radio"/>	MPR	<input type="radio"/>	Pneumo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio	<input type="radio"/>	Ep B	<input type="radio"/>	Men	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Visita:

Peso:kg (P:%) Statura:cm (P:%) PS/..... mmHg

Stato generale:

Pelle:

Occhi: Visus: o.d. c.c./s.c. Udito: d:
o.s. c.c./s.c. s:

Test per miopia: Timpano:

Visione dei colori:

Bocca/denti/mascella/gola:

Cuore/circolazione:

Organi respiratori:

Addome:

Genitali:

Colonna vertebrale/estremità:

Risultati particolari:

Raccomandazioni:

Consegnare il foglio delle visite compilato al medico scolastico Sì No

Rapporto aggiuntivo separato al medico scolastico Sì No