

ANNO SCOLASTICO _____

DATA _____

COGNOME E NOME DATA DI NASCITA.....
 RESIDENTE A..... VIA.....
 TEL.E - MAIL
 PEDIATRA O MEDICO CURANTE DEL BAMBINO.....
 IL BAMBINO FREQUENTA LA SCUOLA (nome e luogo).....

• **SINTOMATOLOGIA e STORIA DEL SINTOMO**

.....

ETÀ DI ESORDIO dei problemi alimentari.....

- **I GENITORI RIFERISCONO CHE IL BAMBINO HA UNO SCARSO CONSUMO QUANTITATIVO GENERALE DI CIBO ?** ☐ SI ☐ NO
- **NUMERO DI ALIMENTI CONSUMATI ABITUALMENTE IN CIASCUN GRUPPO ALIMENTARE**

- 1) CEREALI E DERIVATI
- 2) LATTE e DERIVATI (latte e yogurt, formaggi)
- 3) ALIMENTI PROTEICI (carni e pesci, uovo, legumi)
- 4) FRUTTA
- 5) VERDURA
- 6) GRUPPO GRASSI (oli, burro, frutta secca oleosa...)

- **RISCHIO DI DEFICIT/ECESSI NUTRIZIONALI** Se SI quali.....

- **DISTURBI GASTROENTEROLOGICI** Se SI quali.....

- **EVENTUALI ACCERTAMENTI ESEGUITI :**

- **ANDAMENTO CRESCITA PONDERO-STATURALE** ☐ regolare
☐ irregolare. Specificare.....

▪ **STORIA DI EVENTUALI TRATTAMENTI DIETETICI PRESCRITTI:**

- specificare il tipo di dieta.....
- chi e quando ha prescritto una dieta.....
- quali sono i presupposti di fondatezza clinica della dieta richiesta

- da quanto tempo segue la dieta prescritta.....
- indicare se assume eventuali integratori dietetici.....

• **STILE PREVALENTE DI ACCUDIMENTO ALIMENTARE ADOTTATO DAI GENITORI**

- ☐ Qualora il/la bimbo/a abbia lasciato del cibo nel piatto, come si comporta di solito il genitore
- Distrae il bambino per indurlo a mangiare un po' di più ☐ SI ☐ NO
 - Rinuncia a dargliene ancora ☐ SI ☐ NO
 - Insiste fino a quando non ha mangiato tutto ☐ SI ☐ NO
 - Aspetta un po' e poi riprova ☐ SI ☐ NO
- ☐ il genitore adotta strategie di controllo dietetico restrittivo per il timore di eccesso ponderale ☐ SI ☐ NO
- ☐ il genitore prepara abitualmente solo quello che piace al bambino ☐ SI ☐ NO
- ☐ il genitore ricorre abitualmente al cibo come strumento consolatorio per il bambino ☐ SI ☐ NO

▪ **STRATEGIE ADOTTATE DAI GENITORI PER AFFRONTARE IL PROBLEMA ...**

• **RAPPORTO DEL BAMBINO CON IL CIBO**

- ☐ il bambino è particolarmente vivace nelle interazioni sociali/ambientali ma è abitualmente disinteressato al cibo ☐ SI ☐ NO
- ☐ il bambino appare abitualmente poco interessato al suo ambiente e anche al cibo ☐ SI ☐ NO
- ☐ il bambino limita la varietà degli alimenti accettati a meno di 10 ☐ SI ☐ NO
- ☐ il bambino presenta conati o vomito anticipatori o chiari atteggiamenti di rifiuto alla vista del cibo ☐ SI ☐ NO

• **SOSPETTO DIAGNOSTICO _____**

DURATA DI APPLICAZIONE DELLA DIETA RICHIESTA :

☐ **INTERO ANNO SCOLASTICO**

☐ **DAL..... AL**

NOTE DEL PEDIATRA DI BASE O MEDICO CURANTE DEL BAMBINO

• **ALLEGARE:**

- ✓ **diario alimentare di 3 giorni**
- ✓ **repertorio alimentare**
- ✓ **comportamento alimentare durante i pasti**

(continua C4)

INDICARE GLI **ALIMENTI CONSENTITI (SI)** E GLI **ALIMENTI DA ESCLUDERE (NO)**

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna Dipartimento salute donna infanzia e adolescenza Forlì- Cesena Pediatria di Comunità Cesena-Forlì	Richiesta per disturbi relazionali/comportamentali dell'alimentazione	Rev. 00 del 26/07/2019 MRP01_03 Pagina 3 di 5
--	--	--

CEREALI	GRANO	SI	NO
	FARRO	SI	NO
	KAMUT	SI	NO
	SEGALE	SI	NO
	MAIS (polenta, pop - corn)	SI	NO
	MIGLIO	SI	NO
	RISO	SI	NO
	AVENA (fiocchi)	SI	NO
	ORZO	SI	NO
UOVO	(presente in pasta, biscotti, dolci, gelati, creme, ecc.)	SI	NO
LATTE E DERIVATI	LATTE VACCINO	SI	NO
	YOGURT	SI	NO
	PARMIGIANO REGGIANO	SI	NO
	FORMAGGI A PASTA MOLLE (ricotta, mozzarella, casatella, stracchino..)	SI	NO
	FORMAGGI A PASTA DURA (caciotta, fontina, Asiago, pecorino, taleggio..).....	SI	NO
	BURRO	SI	NO
CARNI	AGNELLO	SI	NO
	CONIGLIO	SI	NO
	CAVALLO	SI	NO
	MANZO - VITELLO	SI	NO
	BRESAOLA.....	SI	NO
	MAIALE (compreso prosciutto crudo).....	SI	NO
	PROSCIUTTO COTTO	SI	NO
	POLLO	SI	NO
	TACCHINO	SI	NO
	ALTRO (specificare)	SI	NO
PESCI	TONNO	SI	NO
	MERLUZZO	SI	NO
	HALIBUT	SI	NO
	SOGLIOLA / PLATESSA	SI	NO
	TROTA	SI	NO
	PALOMBO	SI	NO
	CODA DI ROSPO.....	SI	NO
	SARDINE	SI	NO
	CALAMARI / SEPPIE	SI	NO
	GAMBERI	SI	NO
	COZZE / VONGOLE	SI	NO
	ALTRO (specificare)	SI	NO
LEGUMI	CECI	SI	NO
	CICERCHIA	SI	NO
	FAGIOLI	SI	NO
	FAVE / FAVETTE.....	SI	NO
	LENTICCHIE	SI	NO
	PISELLI	SI	NO
	SOIA	SI	NO
	ALTRO (specificare)	SI	NO
VERDURE	ASPARAGIO	SI	NO
	BIETA	SI	NO

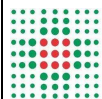
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna Dipartimento salute donna infanzia e adolescenza Forlì- Cesena Pediatria di Comunità Cesena-Forlì	Richiesta per disturbi relazionali/comportamentali dell'alimentazione	Rev. 00 del 26/07/2019 MRP01_03 Pagina 4 di 5
--	--	--

	CIPOLLA	SI	NO
	CAROTA	SI	NO
	CARCIOFIO	SI	NO
	CAVOLFIORRE	SI	NO
	BROCCOLETTO	SI	NO
	FAGIOLINO	SI	NO
	FINOCCHIO	SI	NO
	LATTUGA	SI	NO
	MELANZANA	SI	NO
	POMODORO	SI	NO
	SPINACIO	SI	NO
	SEDANO	SI	NO
	ZUCCHINA	SI	NO
	PATATA	SI	NO
	ALTRO (specificare)	SI	NO
FRUTTA	ALBICOCCA	SI	NO
	AGRUMI	SI	NO
	ANGURIA	SI	NO
	BANANA	SI	NO
	CILIEGIA	SI	NO
	FRAGOLA	SI	NO
	MELA	SI	NO
	MELONE	SI	NO
	PESCA	SI	NO
	PERA	SI	NO
	PRUGNA	SI	NO
	KIWI	SI	NO
	UVA	SI	NO
	CASTAGNA	SI	NO
	ALTRO (specificare)	SI	NO
FRUTTA SECCA OLEOSA	ARACHIDI	SI	NO
	MANDORLE	SI	NO
	NOCI	SI	NO
	NOCCIOLE	SI	NO
	PINOLI	SI	NO
	ALTRO (specificare)	SI	NO
OLII	OLIO D'OLIVA	SI	NO
	OLIO DI ARACHIDI	SI	NO
	OLIO DI MAIS	SI	NO
	OLIO DI SESAMO	SI	NO
	ALTRI (specificare)	SI	NO
	CACAO E DERIVATI (cioccolata...)	SI	NO
	ALTRO.....	SI	NO

NOTE DEL REFERENTE DIETETICA DI COMUNITÀ

**TIMBRO E FIRMA DEL PEDIATRA
O MEDICO CURANTE DEL BAMBINO**

**TIMBRO E FIRMA DEL REFERENTE
DIETETICA DI COMUNITÀ**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

**Dipartimento salute donna infanzia
e adolescenza Forlì- Cesena
Pediatria di Comunità
Cesena-Forlì**

**Richiesta per disturbi
relazionali/comportamentali
dell'alimentazione**

Rev. 00
del 26/07/2019

MRP01_03

Pagina 5 di 5