

QUESTIONARIO GENITORI SCREENING LOGOPEDICO

1. Nome cognome e data di nascita di vostro/a figlio/a? _____
2. Il parto è avvenuto:
 - ☐ Termine (40 settimane)
 - ☐ Pre termine (< 37 settimane)
3. L'allattamento di vostro/a figlio/a è avvenuto mediante:
 - ☐ Biberon
 - ☐ Seno materno (indicare per quanto tempo) _____
 - ☐ Misto (biberon e seno)
4. Che tipologia di svezzamento avete scelto per vostro figlio? E a quanti mesi
 - ☐ Svezzamento tradizionale _____
 - ☐ Autosvezzamento (alimentazione complementare) _____
- 5 Vostro/a figlio/a ha attualmente preferenze nella consistenza dei cibi?
 - ☐ SÌ
 - ☐ NO
6. Se avete risposto sì, quali?
 - ☐ Solido (pasta, biscotti, carne)
 - ☐ Semisolido (formaggi morbidi, budini, verdura passata)
 - ☐ Liquido (latte, thè, yogurt liquidi)
7. Vostro/a figlio/a ha l'abitudine di:
 - ☐ Prendere il ciuccio
 - ☐ Succhiare il dito
 - ☐ Prendere il biberon
 - ☐ Altro (dudù, copertine, onicofagia) _____
8. Attualmente tali abitudini sono presenti?
 - ☐ SÌ
 - ☐ NO (età di cessazione _____)
9. Vostro/a figlio/a soffre di otiti frequenti?
 - ☐ SÌ
 - ☐ NO
10. Durante il giorno vostro/a figlio/a ha la tendenza ad avere la bocca aperta?
 - ☐ SÌ
 - ☐ NO
11. Durante la notte vostro/a figlio/a ha la tendenza a dormire con la bocca aperta?
 - ☐ SÌ
 - ☐ NO
12. Vostro/a figlio/a ha difficoltà nel pronunciare qualche suono?
 - ☐ SÌ
 - ☐ NO
13. Vostro/a figlio/a ha subito interventi come frenulectomie/tonsillectomie/adenoidectomie o altro?
 - ☐ SÌ (segnare tipologia di intervento e periodo: _____)
 - ☐ NO