

Text S2. Standardized questionnaire filled in by parents

Gent.le Sig/a,

le chiediamo se gentilmente può rispondere ad alcune domande relative alla storia passata di suo figlio/a ed alla vostra famiglia. Queste risposte saranno molto utili per orientarci nella diagnosi e serviranno come traccia all'operatore per un successivo eventuale approfondimento sulla natura delle difficoltà riscontrate. Grazie

1. Primi anni di vita

- 1.1 Dopo quante settimane di gestazione è nato/a suo figlio/a? _____
- 1.2 Qual' era il peso alla nascita? _____ Kg 1.3 Si ricorda il punteggio APGAR al 5° minuto? _____
- 1.4 Il parto è stato: spontaneo senza ossitocina spontaneo con ossitocina taglio cesareo
- 1.5 Il bambino/a è stato allattato al seno? Sì No Se sì, per quanti mesi? _____
- 1.6 Ripensando al primo anno di vita di suo figlio/a, ha qualche elemento o problema da rilevare rispetto al sonno (es: ritmi sonno veglia regolari o risvegli frequenti)? Sì No
Se sì, quale/i? _____
- 1.7 Quando ha cominciato a dire le prime parole? _____° mese
- 1.8 Il bambino ha cominciato ad usare con maggiore facilità parole diverse e a ripetere parole nuove appena sentite: prima dei due anni dopo i due anni
- 1.9 Quando ha iniziato ad abbinare due parole per formare delle frasi (es: mamma pappa, tata nanna)?
A 24 mesi a 30 mesi a 36 mesi dopo i 36 mesi
- 1.10 Vi sono state difficoltà nell'acquisizione di una delle due lingue (*solo per bambini bilingui*)?
Sì No Se sì, quale/i? _____
- 1.11 A che età ha iniziato a camminare da solo/a? _____° mesi
- 1.12 A che età ha tolto il pannolino di giorno? _____° anno E di notte? _____° anno
- 1.13 Qual è la mano che suo figlio/a preferisce usare? Destra Sinistra Entrambe
- 1.14 Si ricorda all'incirca a che età il bambino ha imparato a usare le forbici? _____anni
- 1.15 Si ricorda all'incirca a che età ha imparato a fare il nodo delle scarpe o di altri capi di abbigliamento? _____anni

2. Scuola dell'infanzia:

- 2.1 All'ingresso della scuola dell'infanzia, il bambino si faceva capire da tutti, anche da chi non lo conosceva?
Sì No
- 2.2 Ci sono state difficoltà nell'inserimento? Sì No Se sì, quali? _____
- 2.3 Partecipava volentieri alle attività in classe? Sì No
- 2.4 Giocava volentieri con i coetanei? Sì No
- 2.5 Durante il gioco, prendeva spesso l'iniziativa? Sì No

3. Scuola elementare:

- 3.1 Frequenta una scuola a tempo pieno? Sì No
- 3.2 Va volentieri a scuola? Sì No
- 3.3 Attualmente gioca volentieri con i compagni? Sì No
- 3.4 Ha avuto difficoltà tra la prima e la seconda elementare a imparare:
i giorni della settimana? Sì No
i mesi dell'anno? Sì No
a leggere le ore dall'orologio? Sì No

- 3.5 Ha presentato difficoltà specifiche di lettura e/o ortografia fin dall'inizio dell'apprendimento? Sì No
- 3.6 È autonomo nei compiti? Sì No Se no, con chi li svolge? _____
- 3.7 Lo svolgimento dei compiti a casa richiede al bambino un tempo tale da impedirgli di dedicarsi ad interessi extrascolastici (es: sport, amicizie, gite con amici o famigliari, ecc..)? Sì No
- 3.8 Svolge abitualmente attività extrascolastiche e/o sport? Sì No
- Se Sì, quali? _____
- 3.9 Ha degli interessi particolari che coltiva attraverso la lettura? Sì No
- 4.0 Nell'ultimo mese ha letto almeno un libro? Sì No

4. Altri fattori di rilievo

- 4.1 Ha avuto traumi cranici di una certa importanza (ad esempio con perdita di conoscenza e/o necessità di una visita pediatrica o specialistica)? Sì No
- 4.2 Ha avuto convulsioni febbrili? Sì No
- 4.3 Ha ricevuto diagnosi di epilessia? Sì No Se sì, specificare _____
- 4.4 Ha fatto visite oculistiche? Sì No Se sì, per quale motivo? _____
- 4.5 Usa gli occhiali? Sì No Se Sì, per quale motivo? _____
- 4.6 Ha avuto otiti ricorrenti? Sì No 4.7 Ha avuto in passato problemi di udito? Sì No
- 4.8 Ha presentato altre malattie di rilievo? Sì No Se sì, quali? _____
- 4.9 Ci sono stati cambiamenti e/o eventi importanti nella vita di suo figlio? Sì No
- Se Sì, quali? Lutti In che anno di vita del bambino/a? _____ Nascite In che anno di vita del bambino/a? _____
- Trasferimenti In che anno di vita del bambino/a? _____
- Importanti cambiamenti lavorativi dei genitori In che anno di vita del bambino/a? _____
- Altro _____ In che anno di vita del bambino/a? _____
- 4.10 E' già stato sottoposto a:
- accertamenti per difficoltà di apprendimento? Sì No
- riabilitazione per difficoltà di apprendimento? Sì No
- visita o indagine psicologica per altre motivazioni? Sì No
- 4.11 Durante la prima infanzia (0-6 anni), c'è stato qualche adulto in famiglia che ha letto libri a suo figlio (libri adatti all'età del bambino, storie, racconti, fiabe ecc..)? Sì No

La preghiamo ancora di rispondere ad alcune brevi domande sugli altri membri della famiglia

Padre del bambino: Età _____

Titolo di studio: Nessuno Elementare

Media inferiore Media superiore Laurea

Ha avuto un ritardo del linguaggio? Sì No

Ha ripetuto una classe? Sì No

Ha avuto difficoltà di apprendimento? Sì No

Ha ricevuto una diagnosi di dislessia o disortografia? Sì No

Ama leggere? Sì No

Ha presentato crisi epilettiche? Sì No

Madre del bambino: Età _____

Titolo di studio: Nessuno Elementare

Media inferiore Media superiore Laurea

Ha avuto un ritardo del linguaggio? Sì No

Ha ripetuto una classe? Sì No

Ha avuto difficoltà di apprendimento? Sì No

Ha ricevuto una diagnosi di dislessia o disortografia? Sì No

Ama leggere? Sì No

Ha presentato crisi epilettiche? Sì No

Eventuali fratelli:

- Hanno avuto un ritardo del linguaggio? Sì No
- Hanno avuto difficoltà di apprendimento? Sì No
- Hanno ricevuto una diagnosi di dislessia o disortografia? Sì No
- Hanno ripetuto una classe? Sì No
- Hanno presentato crisi epilettiche? Sì No