



Sensibile

Questionario Medico per la Valutazione della Processazione Sensoriale

Gentile Professionista Medico,

Questo questionario è stato sviluppato per aiutarvi a raccogliere informazioni dettagliate e sistematiche sulla storia clinica, sullo sviluppo sensoriale e motorio, e sulle condizioni generali di salute dei vostri pazienti. L'obiettivo è quello di fornire un quadro completo che possa supportare la valutazione e l'intervento nel campo della processazione sensoriale.

Si prega di utilizzare questo strumento come complemento alle valutazioni cliniche abituali, per identificare specifiche aree di interesse o preoccupazione che potrebbero richiedere ulteriori indagini o interventi. Le informazioni raccolte possono essere particolarmente utili nella comprensione di come le varie sfide sensoriali e di sviluppo influenzano il benessere e il funzionamento quotidiano del paziente.

Dati Personali del Paziente

Nome: _____ Cognome: _____

Data di Nascita: _____

Numero di Telefono: _____ Email: _____

Informazioni sulla Nascita e Sviluppo Precoce

Dettagli sulla nascita:

- Normale
- Prematuro/a
- Complicazioni (specificare):



Sensibile

Sviluppo motorio e cognitivo precoce:

- Normale
- Ritardi (specificare quali competenze erano ritardate, es. gattonare, camminare, parlare): _____

Storia Medica e Condizioni

Condizioni mediche infantili e croniche:

- Nessuna
- Asma, bronchiti, raffreddori frequenti
- Allergie (specificare tipo): _____
- Altre condizioni (specificare): _____

Interventi chirurgici o ricoveri ospedalieri:

- Nessuno
- Descrizione: _____

Salute Comportamentale e Emotiva

Sviluppo emotivo e comportamentale:

- Normale
- Sfide (specificare): _____

Interventi psicologici/psichiatrici:

- Nessuno



Descrizione: _____

Storia dello Sviluppo Sensoriale

Reazioni sensoriali nella prima infanzia:

- Nessuna reazione insolita
- Sensibilità a suoni, luci, texture
- Altre reazioni (specificare): _____

Sviluppo delle abilità motorie fini/grossolane:

- Normale
- Ritardi o difficoltà (specificare quali abilità erano interessate, es. coordinazione occhio-mano, equilibrio): _____

Funzionamento Quotidiano e Ambientale

Adattamento a cambiamenti ambientali:

- Facile
- Difficoltà (specificare): _____

Capacità di gestire routine quotidiane:

- Gestisce bene
- Sfide (specificare): _____

Considerazioni Aggiuntive

Osservazioni rilevanti: _____



Grazie per aver dedicato tempo e attenzione alla compilazione di questo questionario. Le informazioni che avete fornito sono preziose per una comprensione più profonda delle esigenze del vostro paziente e per la pianificazione di interventi terapeutici mirati. Se sono emerse aree di particolare preoccupazione o se ritenete necessario un ulteriore approfondimento, vi incoraggiamo a considerare un rinvio a specialisti nel campo della processazione sensoriale o ad altri professionisti pertinenti.

Ricordiamo che questo questionario è un complemento alle valutazioni cliniche e non sostituisce una valutazione medica completa. È fondamentale continuare a utilizzare il vostro giudizio professionale e le vostre competenze cliniche nella cura e nel supporto dei vostri pazienti.

Cordiali saluti,

Marijana Jufer
Ergoterapista
Centro Sensibile
www.sensibile.net
info@sensibile.net

