

**MODULO DI RELAZIONE SANITARIA PER BAMBINI E ADOLESCENTI**

**NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION**

***Please Print Clearly***

**COMPILAZIONE A CURA DEL GENITORE O TUTORE**

### Cognome del minore Nome

**NYC ID (OSIS)**

**Sex**

□ F

□ M

**Nato/a il** *(mese/giorno/anno*)

 / /

### Indirizzo residenza

**Ispanico/Latino?**

□ Sì □ No

**Etnia** *(indichi TUTTE le caselle di interesse)* □ indiano americano □ Asiatico □nero □bianco □ Nativo di Hawaii /isole del Pacifico □ altro\_\_\_

### Città

**Stato**

**cap**

**Scuola/centro**

**Distretto**

**Contatti telefono**

**Assicurazione medica** □ Sì

### (incluso Medicaid)? □ No

□ **Cognome genitore/tutore**

□ **Genitore affidatario**

**Nome Email**

**Numero** Casa

Cell Lavoro

# COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO CURANTE

**Storia medica** *(da 0-6 anni)*

□ regolare □ prematuro:\_\_\_\_settimane di gestazione

□ Complicazioni da

# Il bambino/adolescente ha la seguente storia medica passata o presente?

□ Asma ***(indichi gravita’ e alleghi MAF)****:* □ Intermittente □ Poco persistente □ Moderata persistente □ Grave persistente Se persistente, indichi le cure attuali: □ Medicinali rapidi □ inalatore corticosteroidi □ steroidi orali □ altro □ No

Livello di controllo asma □ ben controllato □ poco controllato or Non controllato

**Allergie** □ No □ prescrizione Epi pen

□ Anafilassi □ convulsioni/epilessia

□ disordine mentale/comportamentale □ Difficoltà orali, visive o uditive

□ problem cardiaci congeniti o acquisiti □ Tuberculosi *(infezione latente o malattia)*

**Cure *(si alleghi MAF scolastico)***

□ No □ Sì *(lista sotto)*

□ Medicinali *(lista)* □ problem sviluppo/apprendimento □ ospedalizzazione

□ Diabete ***(alleghi MAF)*** □ operazioni chirugiche

□ Alimenti *(lista)*

□ lesioni ortopediche/disabilità □ Altro (specifare)

□ Altro*(lista)* ***Spieghi quanto indicato sopra.*** □ ***Addendum allegato***

***Si alleghi Mod. Somministrazione Farmaci a scuola (MAF)***

**Esame fisico in data:** / / **Aspetto generale:** □ Esame fisico (nella norma)

Altezza **cm** ( %ile)

Peso **kg** ( %ile) BMI **kg/m2** ( %ile) Circonferenza cranica *(età* ≤ *2 anni)* **cm** ( %ile)

Pressione *(età* ≥*3 anni)* /

**SVILUPPO** *(età 0-6 anni)*

*Regolare / Non regolare*

□ □ Sviluppo psicosociale

□ □ Linguaggio

□ □ comportamento

### Descriva anomalie:

**Alimentazione**

*Regolare / Non regolare Regolare / Non regolare Regolare / Non regolare Regolare / Non regolare*

□ □ testa/orecchi/occhi/gola □ □ linfonodi □ □ Addome □ □ pelle

□ □ Dentale □ □ polmoni □ □ Genitourinario □ □ Neurologico

□ □ collo □ □ cardiovascolare □ □ Estremità □ □ schiena/colonna

**Audiometria *Data Risultati***

Strumenti di screening validati? Data < **1 anno latte** □ materno □ artificiale □ mix

< 4 anni: gross hearing

 / /

□*ok* □*\*anomalo* □*Rif*

□ Sì □ No

Risultati: □ nella norma

 / /  **1 anno** □ bilanciata □ guidata □ consigliata □ controllata

**Restrizioni alimentari** □ No □ Sì *(lista)*

OAE (esame otoacustico)

 4 anni: pure tone audiometria

 / /

 / /

□*ok* □*\*anomalo* □*Rif* □*ok* □*\*anomalo* □*Rif*

□ ritardo confermato o sospetto (specifare area(e) sotto):

**Vista *Data Risultati***

□ Cognitivo/Problem Solving □ Adattativo/autoaiuto

□ Comunicazione/Linguaggio □ Macro/micro motorio

### SCREENING

**Livello piombo (BLL)**

***Date Risultati***

/ /

µg/dL

<3 anni: Visione: / /

**Visus (richiesto per nuovi iscritti**

□ *OK* □ *anomalo*

DX /

□ Socio-emotive o

□ Altre aree:

*(a 1e 2 anni*

/ /

**e bambini dai 3-7 anni)**

 / /

SX /

Socio-personale

Descrivere sospetto ritardo:

*e se a rischio)*

### Valutazione rischio Pb

*(annuale, età 6 mo-6 anni)*

µg/dL

□ a rischio *(fare BLL)*

□ non a rischio

Controllo con occhiali? Strabismo?

### Denti

□ no test

□ sì □ no

□ sì □ no

 **—— Child Care Only ——**  Visibili carie

□ sì □ no

### emoglobina o

Riceve EI/CPSE/CSE □ Sì □ No **ematocrito**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

/ /

g/dL

%

Richiesta visita urgente *(dolore, gonfiore, infezione)*

Visita dentistica negli ultimi 12 mesi

□ sì □ no

□sì □ no

CIR Number

### DATE - VACCINAZIONI

Conferma clinica di aver contratto la varicella

Indicare solo immunità positiva:

DTP/DTaP/DT / / / / / / / / / / / / Tdap / / / /

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | IgG Titers | Data |
| epatite B |  / /  |
| Td |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  | Morb/Par/Ros |  / /  |  / /  |  / /  | Morbillo |  / /  |
| Polio |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  | Varicella |  / /  |  / /  |  / /  | Parotite |  / /  |
| Epatite B |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  | Mening ACWY |  / /  |  / /  |  / /  | Rosolia |  / /  |
| Hib |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  | Epatite A |  / /  |  / /  |  / /  | Varicella |  / /  |
| PCV |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  | Rotavirus |  / /  |  / /  |  / /  | Polio 1 |  / /  |
| Influenza |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  | Mening B |  / /  |  / /  |  / /  | Polio 2 |  / /  |
| HPV |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  | Other / / \_ / /  | Polio 3 |  / /  |

### ESITO

**IN SALUTE** (Z00.129)

### Diagnosi/Problemi *(lista)* ICD-10 Code RACCOMANDAZIONI

Piena attività fisica

□ Restrizioni (*specify)*

**Follow-up Necessario** □ No □ Sì, per In data: /  /

**Specialista:** □ No □ Primo intervento □ IEP □ Dentista □ Oculista

 □ Altro

Firma medico curante

Data di compilazione

**DOHMH PRACTITIONER**

##  / /

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

**ONLY I.D.**

Nome e titolo del medico curante *(stampatello)*

Nome struttura

Numero di licenza e stato

Numero di iscrizione albo

### TYPE OF EXAM:

*Comments:*

NAE Current

NAE Prior Year(s)

Indirizzo Città

Telefono Fax

CH205 Health Exam 2016\_r4-16\_FINAL.indd

Email

Stato CAP

Date Reviewed:

 / /

REVIEWER:

### FORM ID#

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**I.D. NUMBER**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |