

TEST DI VALUTAZIONE INDIVIDUALIZZATO

Modulo di presa in carico

Data: ___/___/___

Nome alunno: _____ Sesso: M / F

Data di nascita: ___/___/___

Età cronologica: ___/___/___

Nome del docente : _____

Informazioni generali		
<i>Diagnosi:</i> <i>Chi ha fatto la diagnosi?</i> <i>Chi ha fatto la diagnosi?</i> <i>E' seguito da altre strutture? (Troina, Acireale, ecc)</i> <i>Quali?.....</i>	ICD 10	
<i>Chi ha fatto la diagnosi?</i> <i>Chi ha fatto la diagnosi?</i> <i>E' seguito da altre strutture? (Troina, Acireale, ecc)</i> <i>Quali?.....</i>	<i>NPI Caltagirone</i> <i>Altro</i>	<i>si/no</i> <i>si/no</i>
Prende farmaci?	Si	No
E' allergico a qualcosa?	Si	No
Ci sono delle precauzioni da prendere nel lavorare con lui? (es. comportamento auto/etero lesionista)	Si	No
Segue terapie (Psicomotricità, Logopedia, ABA, ecc)? <i>Terapie:</i>	Si	No

Nome dell'alunno:

Data:

Motricità		
Ha notato difficoltà motorie nell'alunno?	Si	No
È in grado di deambulare autonomamente?	No	Si
Richiede assistenza fisica?	Si	No
È in grado di utilizzare tutti gli arti?	No	Si

Motricità fine		
Ha notato difficoltà nella motricità fine dell'alunno?	Si	No
È in grado di compiere azioni che richiedono una fine motricità? (Es. mangiare con le posate, abbottonarsi, tenere in mano una penna)	No	Si
Capita frequentemente che gli cadano oggetti dalle mani o che abbia difficoltà di prensione?	Si	No

Motricità orale		
Ha problemi di alimentazione?	Si	No
Ha problemi respiratori?	Si	No

Ambito sensoriale		
Ha problemi in ambito sensoriale	Si	No
Ha comportamenti di tipo ripetitivo? Stereotipie?	Si	No
Ha dei deficit visivi, uditivi o negli altri sensi?	Si	No
L'alunno è sovra-stimolato da luci, suoni o confusione?	Si	No

Nome dell'alunno:

Data:

Ambito percettivo/recettivo		
Ha difficoltà nell'udire i suoni o nel comprendere il parlato?	Si	No
L'alunno comprende o reagisce a quello che gli viene detto?	No	Si

Ambito espressivo/comunicativo		
Ha notato se l'alunno ha difficoltà/deficit linguistico-comunicativi?	Si	No
Comunica verbalmente? <i>Se no, indicare la modalità comunicativa:</i>	No	Si
Si fa facilmente comprendere dalle altre persone?	No	Si
Utilizza forme di comunicazione idiosincratiche? (creazioni linguistiche personali o ristrette ad un certo ambito, neologismi ecc..)	Si	No

Ambito cognitivo		
Sono presenti deficit o difficoltà cognitive? Di che entità? (grave-medio, ecc)	Si	No
Qual è la sua età mentale?		

Ambito emozionale		
Ha notato se l'alunno ha difficoltà sul piano emotivo?	Si	No
Mostra le sue emozioni in modo adeguato?	No	Si
Entra in collera o si arrabbia facilmente?	Si	No
Ha sofferto di traumi emozionali o recenti cambiamenti nella sua vita?	No	Si

Nome dell'alunno:

Data:

Ambito sociale		
Ha difficoltà a livello sociale?	Si	No
Fa parte di un gruppo di coetanei?	No	Si
Partecipa a conversazioni o gioca con altri?	No	Si
Ha delle difficoltà a livello sociale nell'ambiente scolastico o in altri ambienti di vita?	Si	No

Quali obiettivi si intendono perseguire?

Obiettivi educativi	Obiettivi didattici generali

Vi sono altre cose da aggiungere che non sono state trattate?

.....
.....
.....

Note:

Nome dell'alunno:

Data:

Sommario della presa in carico

Segnare i domini appropriati (che si intendono implementare) in base alle informazioni raccolte e agli obiettivi indicati nel PEI

- Motricità
- Motricità fine
- Motricità orale
- Ambito sensoriale
- Ambito percettivo/recettivo
- Ambito espressivo/comunicativo
- Ambito cognitivo
- Ambito emozionale
- Ambito sociale

Si richiede di allegare alla presente gli obiettivi educativi e didattici individuati per il corrente anno scolastico

Firma: _____

Data: ___/___/_____

