

Per ciascuna domanda metta un crocetta su una delle tre caselle: non vero, parzialmente vero, assolutamente vero. Sarebbe utile che lei rispondesse a tutte le domande nel migliore dei modi possibile, anche se non é completamente sicuro o la domanda le sembra un pó sciocca! Dovrebbe rispondere sulla base del comportamento del bambino negli ultimi sei mesi o durante il presente anno scolastico.

Nome del bambino .....

Maschio/Femmina

Data di nascita .....

	Non Vero	Parzialmente Vero	Assolutamente Vero
Rispettoso dei sentimenti degli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequieto, iperattivo, incapace di stare fermo per molto tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si lamenta spesso per mal di testa, mal di stomaco o nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condivide volentieri con gli altri bambini (dolci, giocattoli, matite ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso ha crisi di collera o é di cattivo umore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piuttosto solitario, tende a giocare da solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generalmente obbediente, esegue di solito le richieste degli adulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É di aiuto se qualcuno si fa male, é arrabbiato o malato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costantemente in movimento o a disagio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha almeno un buon amico o una buona amica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso litiga con gli altri bambini o li infastidisce di proposito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso infelice, triste o in lacrime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generalmente ben accetto dagli altri bambini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente distratto, incapace di concentrarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É nervoso o a disagio in situazioni nuove, si sente poco sicuro di sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentile con i bambini piú piccoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso dice bugie o inganna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preso di mira e preso in giro dagli altri bambini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, altri bambini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa prima di fare qualcosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruba a casa, a scuola o in altri posti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha migliori rapporti con gli adulti che con i bambini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha molte paure, si spaventa facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha qualche altro commento o preoccupazione?

In generale, pensa che suo figlio abbia alcune delle difficoltà elencate nelle seguenti categorie:  
L'emozioni, la concentrazione, il comportamento o la capacità di andare d'accordo con gli altri?

No	Si, difficoltà minori	Si, difficoltà importanti	Si, difficoltà severe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se ha risposto "Sì", continuare con le seguenti domande:

- Da quanto tempo suo figlio ha queste difficoltà?

Meno di un mese	1-5 mesi	6-12 mesi	Più di un anno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Queste difficoltà lo turbano o lo fanno soffrire?

Per niente	Solo un pò	Abbastanza	Molto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Queste difficoltà interferiscono con la sua vita quotidiana...?

	Per niente	Solo un pò	Abbastanza	Molto
LA VITA FAMILIARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE AMICIZIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'APPRENDIMENTO A SCUOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IL TEMPO LIBERO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Queste difficoltà hanno creato forte disagio a lei o alla sua famiglia in generale?

Per niente	Solo un pò	Abbastanza	Molto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma .....

Data .....

Madre/Padre/Altro (per favore specificare):

**Grazie per il suo aiuto**