

	Registrazione n.		
Nome del bambino	Nato il	Sesso	M F
Compilato da	il		

Elenco di Sintomi Pediatrici (Pediatric Symptom Checklist)

Segnate sotto l' intestazione che meglio si addice a vostro figlio

	mai	qualche volta	spesso
	(0)	(1)	(2)
1) si lamenta di star male e di avere dolori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) passa più tempo da solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) si stanca facilmente, ha poca energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) irrequieto, incapace di star seduto fermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ha problemi con un insegnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) meno interessato a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) comportamento iperattivo, energia eccessiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) sogna spesso ad occhi aperti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) distratto facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) è spaventato da nuove situazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) si sente triste e infelice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) è irritabile, arrabbiato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) si sente senza speranza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) ha problemi nel concentrarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) meno interesse per gli amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) combatte con gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) fa assenze scolastiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) rendimento scolastico in calo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) ce l'ha con se stesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) visite dal dottore con il dottore che non rileva segni di malattia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) ha problemi nel dormire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) si preoccupa molto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) vuole stare con te più di prima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) pensa che lui/lei è cattivo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) corre rischi non necessari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) si procura frequentemente delle ferite, lesioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) sembra che si diverta di meno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) si comporta in maniera più immatura rispetto ai bambini della sua età	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) non ascolta le regole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) non mostra sentimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) non comprende i sentimenti degli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) stuzzica gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) dà la colpa dei suoi problemi agli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) prende cose che non appartengono a lui/lei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) rifiuta di condividere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indicare se il bambino/ragazzo viene seguito da un servizio psicologico, specificarne la motivazione e l'ambito (scolastico, medico, familiare, ecc...)