

**Dipartimento Integrato di Salute Mentale,
Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche**

Centro di Riferimento Regionale ad Alta Specializzazione per il Disturbo dello Spettro dell'Autismo
centro.autismo@aslroma5.it

SCHEDA INVIO PER RICHIESTA DIAGNOSI DI DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO IN ETÀ EVOLUTIVA

Cognome _____ Nome _____

Nazionalità: _____ Luogo di nascita: _____

Data di nascita: _____ Genere: **M** ☐ **F** ☐ **Altro** ☐ Età: _____

NPI di riferimento: _____

Email: Genitore 1 _____ Genitore 2 _____

Recapito telefonico: Genitore 1 _____ Genitore 2 _____

Situazione familiare: **Coniugi** ☐ **Separati** ☐ **Divorziati** ☐ **altro:** _____

Eventuali servizi coinvolti: _____

Note anamnestiche rilevanti

Anamnesi fisiologica

Gravidanza fisiologica Sì ☐ No ☐ Parto: eutocico ☐ distocico ☐ pre-termine ☐ a termine ☐
post-termine ☐ Sofferenza pre-perinatale Sì ☐ No ☐ Se sì specificare: _____

Anamnesi patologica remota

Patologie degne di nota Sì ☐ No ☐ Ricoveri ospedalieri Sì ☐ No ☐

Interventi chirurgici Sì ☐ No ☐ Se sì specificare: _____

Anamnesi patologica prossima

Anamnesi familiare

Familiarità per patologie NPI Sì ☐ No ☐ Se sì, specificare: _____

Documentazione da allegare prima dell'invio al Centro

1. Valutazione sviluppo/cognitivo: _____ Data somministrazione test _____

2. Valutazione funzionamento adattivo (Vineland-II): _____ Data somministrazione test _____

3. Altre valutazioni: _____

Criteri di priorità

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • Regressione dello sviluppo | Sì ☐ | No ☐ |
| • Segnali di allarme precoci | Sì ☐ | No ☐ |
| • Prossimità all'ingresso in scuola primaria | Sì ☐ | No ☐ |
| • Problemi del comportamento | Sì ☐ | No ☐ |
| • Disturbi organici concorrenti | Sì ☐ | No ☐ |
| • Vulnerabilità del contesto familiare e sociale | Sì ☐ | No ☐ |

NOTA: qualora venga barrata la casella "Sì", allegare documentazione specifica.

Data: _____

Firma Specialista