

Codice pediatra:

Tessera sanitaria

e/o codice fiscale

Data di nascita.....

Data di compilazione .....

Nome.....Cognome.....

## VISITA NEONATALE (prima visita pediatrica)

### Dati auxologici

peso gr .....

lunghezza cm .....

circonferenza cranica cm.....

Fontanella Anteriore cm.....

### Alimentazione (ed eventuali note)

**AE** esclusivo.....

**AP** prevalente.....

**AC** complementare.....

**NO** allattamento al seno.....

eventuale profilassi vitaminica .....

### Problemi sanitari importanti SI NO

Quali?.....

sono sotto controllo?  si  no

Se no, specificare .....

.....

Terapie in atto .....

.....

### Apparato respiratorio

normale  dubbio  invio 2° livello

### Apparato cardiocircolatorio

normale  dubbio  invio 2° livello

### Polsi femorali

normale  dubbio  invio 2° livello

### Tono muscolare

normale  dubbio  invio 2° livello

### Comportamento motorio spontaneo

normale  dubbio  invio 2° livello

### Abduzione anche

normale  dubbio  invio 2° livello

### Organi Genitali

Femminili .....

Maschili.....

Anomalie.....

normale  dubbio  invio 2° livello

### Riflesso rosso del fondo (FACOLTATIVO)

normale  dubbio  invio 2° livello

### Reattività provocata

Reagisce ai rumori?  si  no

se no, specificare .....

Reagisce alla luce?  si  no

se no, specificare .....

### Ritmo sonno-veglia

normale  dubbio  invio 2° livello

### Consolabilità

normale  dubbio  invio 2° livello

### Condizioni di rischio sociale

presenti  assenti

Caratteristiche.....

.....

.....

### Promozione delle sette azioni della Campagna "Genitori più"

▶ Astensione dal fumo nei luoghi frequentati dal bambino

▶ Allattamento esclusivo al seno nei primi 6 mesi di vita

▶ Posizione supina nel sonno

▶ Utilizzo di appropriati mezzi di protezione in auto

▶ Vaccinazioni

### ALTRI CONSIGLI

bagno, talco, cotton fiocc◊