



FEDERAZIONE ITALIANA
FRA LE ASSOCIAZIONI E ALTRE ORGANIZZAZIONI
PER L'AIUTO AI SOGGETTI CON SINDROME DI PRADER WILLI
ED ALLE LORO FAMIGLIE
ONLUS

Io sottoscritto (Cognome e Nome del Legale rappresentante)

Richiedo la possibilità a partecipare al soggiorno estivo per

Cognome e nome del ragazzo/a.....

(Indicare **una sola scelta** con una X)

	PESARO (oltre 18 anni)	HOTEL ASIAGO (fino a 18 anni)	OASI ALENTO
PERIODO	8/8 - 15/8	16/8 - 23/8	29/8 -5/9

Sono **consapevole** che la **partecipazione** al periodo di soggiorno è **subordinata** ad una **valutazione di idoneità eseguita preventivamente** dal Coordinatore del Progetto, dr. Luca Filighera **entro il 31.5.2015**.

Firma del legale rappresentante Data di compilazione:

NB. Per maggiori chiarimenti sulla compilazione del questionario è possibile contattare il Dr. Luca Filighera scrivendo un'email a luca.filighera@gmail.com oppure telefonando al seguente numero 366/3414252.



Cognome e nome del ragazzo/a.....

→(Compilazione a cura dei genitori)

INFORMAZIONI RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DEL RAGAZZO/A

NOME COGNOME PADRE

NOME COGNOME MADRE.....

INDIRIZZO.....

TELEFONO.....

EMAIL.....

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:

fratello/sorella - nome.....età.....

fratello/sorella - nome.....età.....

fratello/sorella - nome.....età.....

fratello/sorella - nome.....età.....

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL/LA RAGAZZO/A

DATA DI NASCITA.....

SCUOLA (specificare l'anno).....

EVENTUALI ATTIVITA' LAVORATIVE.....

ATTIVITA' RIABILITATIVE IN CORSO (fisioterapia, psicomotricità, logopedia, altro)
.....

DIAGNOSI PW ALL'ETA' DI.....

E' SEGUITO DALL'INSEGNANTE DI SOSTEGNO? (in caso affermativo indicare nome e contatto telefonico)

E' SEGUITO DA UN EDUCATORE? (in caso affermativo indicare nome e contatto telefonico)
.....

SPORT PRATICATI.....

EVENTUALI ATTIVITA' DEL TEMPO LIBERO.....

ESPERIENZE DI AUTONOMIA

Ha mai fatto vacanze, gite da solo, senza parenti e familiari? NO Sì



Se sì, specificare (specificare attività, dove, quando, durata) ed evidenziare i lati positivi dell'esperienza:

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

Eventuali problematiche emerse (crisi per la separazione dai genitori, isolamento, comportamenti aggressivi con il resto del gruppo ecc.)

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

Hanno avuto luogo interruzioni di queste esperienze prima del termine programmato? Se sì, per quale motivo?

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

Se non ha mai avuto esperienze di vacanze, gite da solo, senza parenti e familiari, quale sono le motivazioni per cui vi è il desiderio di provare (non rispondere se ha avuto esperienze)?

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

Cosa può essere utile sapere affinché il soggiorno possa essere gradito al partecipante?

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



ABITUDINI E COMPORTAMENTI DEL/LA RAGAZZO/A

Usa internet? Si No Fa uso autonomo del telefonino? Si No
È abituato a gestire autonomamente piccole somme di denaro? Si No
Fuma? Si No Beve caffè abitualmente? Si No

• IGIENE PERSONALE

Si lava da solo?

Si veste da solo?

Va in bagno da solo?

• RAPPORTO CON IL CIBO

A casa mantiene un'alimentazione controllata?

Descrivere l'alimentazione tipo specificando le quantità:

Colazione.....

(Spuntino di metà mattina).....

Pranzo.....

.....

(Spuntino di metà pomeriggio).....

Cena.....

.....

Altri eventuali pasti quotidiani (specificare)

Chi ha definito la sua alimentazione?

Accetta l'alimentazione controllata del cibo? (sia durante i pasti sia fuori dai pasti)

Per niente ↑ Poco ↑ Abbastanza ↑ Molto

Come reagisce alle limitazioni di cibo imposte? (rabbia, pianto, aggressività)

.....

.....

Consuma abitualmente una merenda pomeridiana e/o uno spuntino al mattino?

.....

.....

Esistono abitudini alimentari oltre ai pasti regolari? Se sì, quali?



.....
.....

• **RAPPORTO CON GLI ALTRI**

Stabilisce facilmente buoni rapporti con gli altri ragazzi ?

Per niente ↑ Poco ↑ Abbastanza ↑ Molto

Stabilisce facilmente buoni rapporti con gli adulti?

Per niente ↑ Poco ↑ Abbastanza ↑ Molto

Tende ad isolarsi?

Per niente ↑ Poco ↑ Abbastanza ↑ Molto

Rispetta le regole?

Per niente ↑ Poco ↑ Abbastanza ↑ Molto

• **COMPORAMENTI AGGRESSIVI**

Tende ad essere aggressivo verbalmente?

Per niente ↑ Poco ↑ Abbastanza ↑ Molto

Tende ad essere aggressivo fisicamente?

Per niente ↑ Poco ↑ Abbastanza ↑ Molto

Che cosa in generale causa la sua aggressività?

.....
.....

Che cosa in generale calma la sua aggressività?

.....
.....

• **COMPORAMENTI AUTOLESIVI**

Ha comportamenti di skin picking?

Per niente ↑ Poco ↑ Abbastanza ↑ Molto

Che cosa li causa?

.....
.....



Che cosa li interrompe?

.....
.....

Ha altri comportamenti autolesivi?

.....
.....

- **CARATTERISTICHE DEL PENSIERO**

Ha delle fissazioni, pensieri ossessivi? (in caso affermativi specificare le tematiche)

.....
.....

Come reagisce di fronte agli imprevisti?

.....
.....

Ha seguito percorsi psicologici, di gruppo o singolarmente?

.....
.....



SCHEDA INFORMATIVA MEDICA

→ **La compilazione della presente scheda è a cura del medico curante del soggetto.**

Il medico potrà essere contattato dal medico accompagnatore del Soggiorno promosso dalla Federazione per eventuali approfondimenti.

Cognome e nome del ragazzo/a.....

Data di nascita: Luogo di nascita:

Indirizzo:.....

Recapiti telefonici (presso i quali prendere contatto con i genitori durante il soggiorno):

Abitazione:.....Cellulare/i:.....

Struttura Ospedaliera di riferimento:.....

Nome del Medico Ref.:

Tel.

Peso del paziente: kg **Statura del paziente:** cm

Patologie associate:

1) CARDIACHE: NO Sì Se sì quale?

2) POLMONARI: NO Sì Se sì quale?

3) NEUROLOGICHE: NO Sì Se sì quale?

4) PSICHIATRICHE: NO Sì Se sì quale?

5) ALLERGIE a farmaci: NO Sì Se sì quale?

6) ALLERGIE alimentari: NO Sì Se sì quale?

Altre allergie (animali, pollini, inalanti, ecc.):.....

7) INTOLLERANZA GLUCIDICA/DIABETE: NO Sì

Se sì specificare la terapia

.....

8) Altre patologie:

.....

Indossa corsetto ortopedico NO Sì



Assunzione di Terapie Farmacologiche:

NO

Sì

Se sì specificare il nome del farmaco, la formulazione (compresse, capsule, cerotti, sospensione ecc.), la via di somministrazione, il dosaggio preciso e gli orari di assunzione:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5) Altre:
.....
.....
.....

Problemi legati al ritmo sonno-veglia:

A che ora è abituato ad addormentarsi?

A svegliarsi la mattina?

Presenta risvegli durante la notte? NO Sì

Se sì, come si comporta quando si sveglia?
.....
.....

Altro da evidenziare:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma del legale rappresentante..... Data di compilazione:



**FEDERAZIONE ITALIANA
FRA LE ASSOCIAZIONI E ALTRE ORGANIZZAZIONI
PER L'AIUTO AI SOGGETTI CON SINDROME DI PRADER WILLI
ED ALLE LORO FAMIGLIE
ONLUS**

Consenso al trattamento dei dati personali

Informativa sulla tutela della privacy

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 DLgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" Vi informiamo di quanto segue:

I dati personali richiesti o comunque acquisiti dalla Federazione PWS saranno trattati esclusivamente al fine di adempiere agli obblighi di legge ed alle finalità istituzionali previste dallo Statuto e da disposizioni regolamentari della Federazione. Inoltre saranno trattati da soggetti operanti nel settore medico al fine del corretto e completo studio della Sindrome di PWS.

Il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato mediante strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

Il conferimento dei dati è facoltativo. Peraltro, l'eventuale rifiuto a fornire i dati personali potrà comportare l'oggettiva impossibilità per questa Federazione di osservare gli obblighi di legge e/o di regolamento relativi alle modalità operative per il perseguimento delle finalità mediche e istituzionali.

Il trattamento dei dati personali da Voi forniti, o altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività, potrà essere effettuato:

- da società, enti o consorzi che per conto della nostra Federazione, ci forniscano specifici servizi elaborativi o che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella della nostra Federazione, ovvero attività necessarie all'esecuzione degli interventi da Voi richiesti o che in futuro ci potrete richiedere;
- da soggetti a cui la facoltà di accedere ai Vostri dati personali sia riconosciuta da disposizioni di legge, di regolamenti o dalla normativa comunitaria;
- da soggetti nei cui confronti la comunicazione o la diffusione sia prevista da norme di legge o di regolamento, ovvero da soggetti pubblici per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali;

L'interessato può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Dlgs n. 196/2003, ed in particolare quello di ottenere in qualsiasi momento conferma della esistenza dei dati, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione, di opporsi in tutto o in parte al trattamento.

Il Titolare del trattamento è il Presidente della Federazione per l'aiuto ai soggetti con sindrome di Prader Willi e loro familiari con sede in Largo Veratti n. 24, Roma.

Il Responsabile del Trattamento, anche con riferimento all'esercizio dei diritti ex art. 7 del Dlgs n. 196/2003, può essere contattato presso la sede della Federazione utilizzando il seguente recapito: segreteria@praderwilli.it.

Consenso al trattamento dei dati personali

Con l'apposizione della firma in calce il sottoscrittore prende visione di quanto sopra riportato rilasciando il consenso per l'intero trattamento dei dati personali, eventualmente anche "sensibili" secondo quanto stabilito dalla legge e dalla presente informativa inoltre a fronte della **Liberatoria diritti autorizzo immagine** accorda alla Federazione il permesso di utilizzare e riprodurre l'immagine di (COGNOME E NOME del ragazzo/a)..... per uso pubblicitario cedendo i diritti per l'Europa.

(Città)....., il

Firma del legale rappresentante

.....