

# UDITO

## QUESTIONARIO RIVOLTO AI GENITORI PER IL CONTROLLO DELL'UDITO DEL BAMBINO

(da riportare compilato al controllo del 12° mese)

-segnalare se nella famiglia paterna e materna sono esistiti casi di sordità grave	SI	NO
<b>-primo mese</b>		
1) esistono fattori di rischio? (infezioni prenatali, anomalie del cavo orale, iperbilirubinemia superiore a 20 mg%, meningite batterica, asfissia neonatale)	SI	NO
2) il bambino si "spaventa" per i rumori forti	SI	NO
3) ha un pianto stridulo?	SI	NO
<b>-2-3 mesi</b>		
1) siete preoccupati per l'udito del bambino?	SI	NO
2) reagisce alla voce e ai rumori? (senza farvi vedere)	SI	NO
3) sorride al suono della voce? (senza farvi vedere)	SI	NO
4) si ferma attento se gli parlate? (senza farvi vedere)	SI	NO
5) ascolta la musica?	SI	NO
<b>-a 5-6 mesi e oltre</b>		
1) reagisce al parlare mediante vocalizzi?	SI	NO
2) si gira verso la fonte del suono?	SI	NO
3) gli piace ascoltare la musica?	SI	NO
4) gli piace il suono di un sonaglio?	SI	NO
5) pensate che il vostro bambino senta bene?	SI	NO