



**Educazione alla salute orale dei bambini
 delle scuole primarie**

Questionario per i genitori

Innanzitutto, vi ringraziamo per rispondere ad alcune domande riguardanti la salute dei denti di vostro figlio

Data di nascita del bambino

Sesso F M

Stato di nascita

1) Come descrivereste la salute dei denti e delle gengive di vostro figlio?

(Selezionare con **X** una sola risposta per riga)

	Eccellente	Molto buona	Buona	Nella media	Scarsa	Molto scarsa
Denti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gengive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Quante volte negli ultimi 12 mesi vostro figlio ha accusato dolore o fastidio riferiti ai denti?

(Selezionare con **X** una sola risposta)

Spesso Occasionalmente Raramente Mai Non so

Codice bambino _____ Data Indagine __/__/____

(da apporre a cura dell'insegnante di classe)



(da tagliare a cura dell'insegnante di classe una volta apposto il codice)

Nome _____ Cognome _____ del bambino

Cura e igiene dei denti (Selezionare con X una sola risposta)**3) Quante volte avete portato vostro figlio dal dentista negli ultimi 12 mesi?**

- Una
- Due
- Tre
- Quattro
- Più di quattro
- Non è stato portato dal dentista negli ultimi 12 mesi
- Non lo so/non mi ricordo

4) Quale è stato il motivo dell'ultima visita dal dentista?

- Dolore o urgenza
- Cura/controllo dopo cura
- Controllo ortodontico
- Controllo di routine
- Non è stato portato dal dentista negli ultimi 12 mesi
- Non lo so/non mi ricordo

5) Quante volte il bambino spazzola i denti?

- Mai
- Diverse volte al mese (2-3 volte)
- Una volta alla settimana
- Diverse volte in una settimana
- Una volta al giorno
- Due o più volte al giorno

Da compilare a cura delle diverse figure genitoriali

9) Figura genitoriale 1

(Specificare)

- Nessuna istruzione formale
- Ciclo completo di scuola primaria (elementari)
- Ciclo completo di istruzione secondaria dell'obbligo
- Istruzione universitaria o superiore (es. master)
- Preferisco non rispondere

10) Figura genitoriale 2

(Specificare)

- Nessuna istruzione formale
- Ciclo completo di scuola primaria (elementari)
- Ciclo completo di istruzione secondaria dell'obbligo
- Istruzione universitaria o superiore, es. master
- Preferisco non rispondere

Avete completato il questionario.

Grazie per la vostra collaborazione!

Inserimento da parte dell'operatore ASL

ASL _____

N° Cluster _____