

- solo per condizione I -

CERTIFICAZIONE CLINICO-FUNZIONALE *

*(redatta preferibilmente dal Medico specialista di struttura pubblica o privata accreditata)

Il **Dr./dr.ssa** _____, ai fini della presentazione, da parte dell'assistito, della domanda di valutazione multidimensionale che verrà effettuata dall'equipe dell'ASST competente, ai sensi della DGR 7856 del 12/02/2018,

dichiara

che il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

è affetto/a da _____

Presenta inoltre le seguenti compromissioni:(*)

① **In almenouna** delle condizioni sotto elencate:
(barrare la casella corrispondente)

MOTRICITÀ

➤ Dipendenza totale in tutte le ADL: l'attività è svolta completamente da un'altra persona	SI	NO
--	----	----

STATO DI COSCIENZA

➤ Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni	SI	NO
➤ Persona non cosciente	SI	NO

② **Ein almenouna** delle seguenti:

RESPIRAZIONE

➤ Necessità di aspirazione quotidiana	SI	NO
➤ Presenza tracheostomia	SI	NO
➤ Presenza ventilazione assistita meno di 24h/die e per 7gg/settimana	SI	NO

NUTRIZIONE

➤ Necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi	SI	NO
➤ Combinata orale e enterale/parenterale	SI	NO
➤ Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)	SI	NO
➤ Solo tramite gastrostomia (es. PEG)	SI	NO
➤ Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)	SI	NO

(LUOGO E DATA)

(FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO)

(*) La condizione, al fine della presentazione della domanda, è che l'assistito presenti almeno due compromissioni, una per ciascun dominio, (di cui al punto ① e al punto ② del presente modulo), ad eccezione di coloro che versano nelle condizioni sotto riportate, per le quali è sufficiente un'unica condizione:

- nel dominio della "RESPIRAZIONE" **ventilazione assistita** (invasiva o non invasiva);
- nel dominio della "NUTRIZIONE" in **alimentazione parenterale attraverso catetere venoso centrale**;