

 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p> <p>Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi</p>	<p>SCHEDA DI SEGNALAZIONE MINORI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO</p>	<p>Cod.: Pr.70 – Mod.1 Rev. 0</p> <hr/> <p>Data: 23-04-2018</p> <p>Pagina 1 di 3</p>
--	--	--

Direzione Socio Sanitaria
Dipartimento Bassa Intensità/R.I.C.C.A.
UOC Disabilità ed Integrazione Sociale
Resp. Dott.ssa Marisa Pariscenti

Data di compilazione _____

Servizio inviante _____

Operatore/i di riferimento _____ Tel _____

Altri Servizi coinvolti _____

Operatore/i di riferimento _____

Indirizzo _____ tel _____

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F

Nato/a il _____ a _____

Codice fiscale _____

Residente a _____

via _____ n° _____

INFORMAZIONI SANITARIE

Diagnosi _____

Medico curante _____ tel. _____

Medico specialista o servizio specialistico _____

Assunzione farmaci NO SI Quali? _____

 Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Lodi Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi	SCHEDA DI SEGNALAZIONE MINORI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO	Cod.: Pr.70 – Mod.1 Rev. 0
		Data: 23-04-2018 Pagina 2 di 3

Invalidità civile SI NO

Giudizio della commissione _____

Indennità di frequenza indennità di accompagnamento

Handicap in stato di gravità L.104/92 SI NO

Accertamento alunno disabile SI NO

Scuola frequentata _____

Deambulazione: autonoma con ausilio di..... assistita

Comunicazione verbale: comprensibile poco comprensibile non comunica verbalmente

Composizione del nucleo familiare

cognome e nome	età	rapporto di parentela	occupazione	convivente	
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO

Recapito telefonico del padre _____

Recapito telefonico della madre _____

Principale Care giver _____

Altre figure significative:

cognome e nome	età	Rapporto di conoscenza	Indirizzo e telefono

 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p> <p>Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi</p>	<p>SCHEDA DI SEGNALAZIONE MINORI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO</p>	<p>Cod.: Pr.70 – Mod.1 Rev. 0</p> <hr/> <p>Data: 23-04-2018 Pagina 3 di 3</p>
--	--	---

QUADRO SOCIALE

La richiesta di valutazione e' finalizzata all'inserimento in struttura diurna per minori con disturbo dello spettro autistico.

Luogo, data

FIRMA ASSISTENTE SOCIALE SEGNALANTE

N.B.
ADESIONE ALLA SEGNALAZIONE ED AUTORIZZAZIONE ALLA RICHIESTA DI VALUTAZIONE
(**devono firmare entrambi i genitori/affidatario/tutore**)

PADRE
(nome e cognome) _____ FIRMA _____

MADRE
(nome e cognome) _____ FIRMA _____

AFFIDATARIO/TUTORE
(nome e cognome) _____ FIRMA _____

Luogo, data

- E' NECESSARIO ALLEGARE:**
- **Documentazione sanitaria specialistica e relazione servizio specialistico con richiesta di interventi di lungo-assistenza.**
 - Copia del certificato di invalidità civile (se presente);
 - Copia del verbale della legge 104/92 (se presente).