



**PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA
IN CONDIZIONI DI DIPENDENZA VITALE CON NECESSITA' DI ASSISTENZA
CONTINUATIVA E DI MONITORAGGIO NELLE 24 ORE**

Scheda Medico Curante

Il Dr. _____

Ai fini della presentazione, da parte dell'assistito, della domanda di valutazione, ai sensi del D.M. del 20/03/2013 e del D.D. Regione Campania n. 884 del 29/09/2014 e del

Dichiara

che il/la Sig./ Sig.ra _____

nato/a a _____

e affetto/a da _____

Presenta inoltre le seguenti compromissioni: (*)

**1. In almeno una delle condizioni sotto elencate:
(barrare la casella corrispondente)**

MOTRICITA'

<input type="checkbox"/> Dipendenza totale in tu/e le ADL: l'attività è svolta completamente da un'altra persona	SI	NO
--	----	----

STATO DI COSCIENZA

<input type="checkbox"/> Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni	SI	NO
--	----	----

<input type="checkbox"/> Persona non cosciente	SI	NO
--	----	----

2. E in almeno una delle seguenti:

RESPIRAZIONE

<input type="checkbox"/> Necessità di aspirazione quotidiana	SI	NO
--	----	----

<input type="checkbox"/> Presenza tracheostomia	SI	NO
---	----	----

<input type="checkbox"/> Presenza ventilazione assistita	SI	NO
--	----	----

NUTRIZIONE

<input type="checkbox"/> Necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi	SI	NO
---	----	----

<input type="checkbox"/> Combinata orale e enterale/parenterale	SI	NO
---	----	----

<input type="checkbox"/> Solo tramite sondino naso – gastrico (SNG)	SI	NO
---	----	----

<input type="checkbox"/> Solo tramite gastrostomia (es.PEG)	SI	NO
--	----	----

<input type="checkbox"/> Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)	SI	NO
--	----	----

L'assistito fruisce di ADI? SI NO

In caso negativo, ritiene che ve ne sia la necessità? SI NO



(*) La condizione, al fine dell'erogazione dell'assegno di cura, 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 " RESPIRAZIONE" in alimentazione parentale attraverso catetere venoso centrale.

Luogo e data

FIRMA E TIMBRO
