

SCHEDA SALUTE

(da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale o Medico di struttura pubblica o Medico convenzionato)

Per l'attribuzione dei punteggi relativi ai bambini da 0 a 3 anni occorre considerare solo le voci significative per l'età del bambino (es. attribuire punteggio "0" alla voce "è capace di vestirsi o spogliarsi da solo?" se anche i bambini non disabili della stessa età non ne sono capaci, come per il parlare, mangiare, camminare, fare il bagno da solo, ecc.)

Cognome: _____ Nome: _____
 Nato a: _____ il: ___/___/___ Sesso: ____
 Residente in: _____ Via: _____ n.: ____
 Codice Fiscale: _____
 Data di rilascio certificazione L. 104/92 art. 3 comma 3: ___/___/___
 Diagnosi: _____

AREA A: Sensi e linguaggio

1. Presenta compromissione della capacità visiva e non correggibile da protesi?

0. Non presenta alcuna compromissione della capacità visiva
 1. Presenta una parziale compromissione della capacità visiva (decimista)
 2. Presenta una marcata compromissione della capacità visiva (ventesimista)
 4. Presenta una totale compromissione della capacità visiva (cieco assoluto)

2. È in grado di distinguere e reagire coerentemente a voci, suoni, rumori?

0. Sì
 2. Parzialmente
 3. Per nulla

3. È in grado di reagire coerentemente alle sollecitazioni di natura tattile? (es. E' ipo/iper sensibile alle stimolazioni sensoriali)?

0. Sì
 2. Parzialmente
 3. Per nulla

4. È in grado di parlare correttamente e coerentemente in modo comprensibile da terzi non familiari?

0. Sì, è in grado (Espressione verbale soddisfacente)
 2. Alcune volte (L'articolazione della parola è molto difficoltosa, quasi incomprensibile)
 4. No, non è mai in grado (Non vocalizza per niente o vocalizza per attirare l'attenzione su di sé)

AREA B: Esecuzione delle attività quotidiane

Vestirsi e svestirsi

5. È capace di vestirsi e di spogliarsi da solo/a? Cioè di prendere i vestiti o il pigiama, di indossarli e toglierli?

0. È completamente autonomo nel vestirsi e svestirsi: non ha mai bisogno del minimo aiuto
 1. Collabora, ma ha bisogno di aiuto o di supervisione
 2. Va completamente assistito/a in tutto (Es. tetraplegico, focomelico, disabile intellettivo grave)

Alimentazione

6. Mangia senza bisogno di aiuto?

- 0. Sì, è completamente autonomo
- 1. Necessita di aiuto parziale (per le operazioni più difficili quali tagliare, sbucciare)
- 2. Assistenza ed aiuto sono sempre necessari, va aiutato in tutto e va imboccato

7. Per l'alimentazione necessita di particolare somministrazione dei pasti e preparazione dei cibi a causa di problemi di masticazione, deglutizione, digestione?

- 0. No, non necessita di somministrazione, preparazione particolare dei cibi
- 1. Necessita di parziale somministrazione, preparazione dei cibi (si nutre con liquidi e cibi molli, qualche volta mangia cibi solidi)
- 2. Sì, necessita di totale preparazione particolare dei cibi (Si nutre solo con liquidi e con cibi molli che digerisce con grande lentezza)

Locomozione

8. Riguardo alla locomozione:

- 0. E' completamente autonomo nel camminare, nella locomozione
- 1. L'andatura è instabile
- 2. L'andatura è molto instabile, usa degli appoggi
- 3. Necessita di aiuto personale solo negli spostamenti più impegnativi (ad es. scendere le scale, entrare o uscire dal letto)
- 4. Necessita di aiuto personale anche per fare pochi passi
- 5. Non è in grado di deambulare autonomamente, neppure con la massima assistenza; o si muove sempre autonomamente in carrozzina
- 6. Si muove sempre in carrozzina con accompagnatore. Oppure presenta iperattività costante (da autismo e/o da sindromi collegate)
- 7. E' allettato

Orientamento spaziale

9. E' in grado di orientarsi nell'ambiente circostante in autonomia?

- 0. Sì, è in grado di orientarsi
- 1. E' incerto
- 2. No, non è in grado di orientarsi

Prensione e manualità

10. Riesce a individuare, afferrare, mantenere e manipolare gli oggetti?

- 0. Con sicurezza
- 1. Parzialmente
- 2. Non riesce nell'esecuzione di operazioni manuali complesse
- 4. Non vi riesce per niente

Igiene personale, continenza

11. È capace di fare il bagno da solo/a, lavarsi, sistemarsi?

- 0. Sì, è completamente autonomo/a nell'igiene personale
- 1. Deve essere aiutato/a o assistito/a parzialmente
- 2. Deve essere aiutato/a in tutto, necessita di assistenza completa

12. Ha incontinenza urinaria?

- 0 Mai
- 1. Talvolta
- 2. Sempre

13. Possiede il controllo degli sfinteri?

- 0. Possiede il controllo completo
- 1. Possiede il controllo parziale
- 2. Non possiede per nulla il controllo sfinterico

AREA C: Vita di relazione

Reazioni emotive, comunicazione, comprensione

14. **Esprime ed attua sentimenti**, atteggiamenti e comportamenti adeguati e consoni alle situazioni ambientali e ai contesti sociali (ad esempio non esprime e non attua atteggiamenti/comportamenti di autodifesa da pericoli, o comportamenti stereotipati, o di auto/etero aggressività, ecc.)?

- 0. Sì
- 1. Parzialmente e con difficoltà
- 2. Per nulla

15. **Riesce sempre a farsi capire dagli altri** e a far capire cosa vuole nei rapporti interpersonali? (farsi capire/far capire = indicare, descrivere, spiegare, precisare, comprendere)

- 0. Sì
- 1. Parzialmente e con difficoltà
- 3. Per nulla

Memoria, Orientamento Temporale, Concentrazione

16. **Ha il senso dell'orientamento temporale?**

- 0. Sì
- 1. Parzialmente
- 2. No

17. **È in grado di mantenere l'attenzione e la concentrazione rispetto ad un dato compito/attività?**

- 0. Sì
- 1. Parzialmente
- 2. No

18. **E' in grado di ricordare in modo da poter svolgere e gestire le attività quotidiane in autonomia?**

- 0. Sì
- 1. Parzialmente
- 2. No

PUNTEGGIO TOTALE _____

Il Medico
(Timbro e firma)

DATA _____

**CERTIFICAZIONE PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA
L.162/98- GESTIONE ANNO 2023**

MEDICO COMPILATORE

COGNOME _____ NOME _____

DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98

COGNOME _____ NOME _____

HANDICAP GRAVE (Barrare la voce che interessa):

- CONGENITO SI NO

-HANDICAP GRAVE CONGENITO O COMUNQUE INSORTO ENTRO I 35ANNI ANNI
D'ETA' : SI NO

TIMBRO, DATA E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE
