



Azienda Sanitaria Locale n. 4 – Teramo
Distretto Sanitario Val Vibrata - Nereto



Unione di Comuni Città Territorio
Val Vibrata Sant'Omero

MODELLO DI CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Preso visione della documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente,

Si Certifica che il/la Sig./ra

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Via _____

è affetto da una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza e con punteggio nella Scala di **Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10** : punteggio _____;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (**24h/7gg**);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala **Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4** : punteggio _____;
- d) persone con lesioni spinali fra CO/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, dal livello sulla **scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B**. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di **grado A o B**;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla **Scala Medical Research Council (MRC)**, o con un punteggio alla **Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9** , o in **stadio 5 di Hoehn e Yahr mod.**: punteggio _____;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di **minorazione visiva** totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e **ipoacusia**, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al **livello 3** della classificazione del **DSM-5**;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale **Grave** o **Profondo** secondo classificazione **DSM-5**, con **QI ≤ 34** e con un punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (**LAPMER**) ≤ 8 : punteggio _____;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche. **Per l'individuazione delle condizioni di dipendenza vitale si utilizzano i criteri di cui all'All. 2 al DM 26/09/2016, riportati nell'apposita Scheda che segue.**

Data _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO



Azienda Sanitaria Locale n. 4 – Teramo
Distretto Sanitario Val Vibrata - Nereto



Unione di Comuni Città Territorio
Val Vibrata Sant'Omero

Scheda individuazione delle persone in condizione di dipendenza vitale (articolo 3, comma 2, lettera i, DM 30.11.2016).

Preso visione della documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente, si Certifica che il/la Sig./ra

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Via _____

si trova in condizione di dipendenza vitale, ai sensi dell'art. 3, comma 2, lettera i del DM 30.11.2016, indipendentemente dal tipo di patologia e/o menomazione, in quanto presenta le seguenti compromissioni funzionali:

- a) Motricità:
- Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona;
- b) Stato di coscienza:
- Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni;
 - Persona non cosciente;
- c) Respirazione:
- Necessità di aspirazione quotidiana;
 - Presenza di tracheotomia;
- d) Nutrizione:
- Necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi;
 - Combinata orale e enterale/parenterale;
 - Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG);
 - Solo tramite gastrostomia (PEG);
 - Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC).

Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che presentano compromissioni in almeno uno dei domini di cui alle lettere a) e b) ed in almeno uno dei domini di cui alle lettere c) e d).

Data _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO
