

ALLEGATO A Modulo di Attestazione medica di disabilità gravissima Anno 2024 - approvato con DGR n. 688 del 4/11/2024

Scheda di Valutazione a Cura del Medico convenzionato per la pediatria di libera scelta, oppure dal medico convenzionato per l'assistenza primaria, che ha in carico il minore assistito/a

Il Dr. _____

Ai fini della valutazione della disabilità gravissima del minore di anni 18, che necessita di assistenza nelle 24 ore

ATTESTA

che il/la Minore _____

nato/a a _____ il _____

è affetto/a dalla seguente malattia rara: _____

codice malattia di esenzione alla partecipazione alla spesa sanitaria R_____ (Allegato 7 al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 e. s. m. e i)

Presenta inoltre le seguenti compromissioni: (*)

① **In almeno una delle condizioni sotto elencate:**

(barrare ogni casella Si - No in esito alla presenza o meno della compromissione evidenziata)

MOTRICITÀ IN RELAZIONE ALL'ETÀ ANAGRAFICA DEL SOGGETTO

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

STATO DI COSCIENZA IN RELAZIONE ALL'ETÀ ANAGRAFICA DEL SOGGETTO

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

② **E in almeno una delle seguenti:**

(barrare ogni casella Si - No in esito alla presenza o meno della compromissione evidenziata)

RESPIRAZIONE

> Necessita di aspirazione quotidiana	SI	NO
> Presenza tracheostomia	SI	NO
> Presenza ventilazione assistita	SI	NO
> Necessita di macchina della tosse	SI	NO

NUTRIZIONE

> Necessita 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**.

Note per l'efficace compilazione:

L'attestazione, compilata ESCLUSIVAMENTE A CURA del Medico curante, deve essere completata con l'apposizione del timbro, firma e data. Dovrà essere cura del medico la compilazione del certificato in modo da non consentire malintesi all'atto della verifica da parte degli uffici regionali. Non saranno ritenuti ammissibili certificazioni rilasciate su modelli diversi da quello allegato all'Avviso, prive di data, firma e timbro del medico certificatore o rilasciate prima della data di emanazione dell'Avviso, prive di indicazioni (Si – NO) dove richieste, e contenenti cancellature o sovrascritte.