

PERSONE IN CONDIZIONI DI DIPENDENZA VITALE
- solo per condizione alla lettera i -

CERTIFICAZIONE CLINICO-FUNZIONALE *

*(redatta solo dal Medico specialista di struttura pubblica o privata accreditata)

Il **Dr./dr.ssa** _____ ai fini della presentazione, da parte dell'assistito, della domanda di valutazione multidimensionale integrata che verrà effettuata dall'equipe dell'ASST competente, ai sensi della DGR n. 1253 del 12/02/2019,

dichiara

che il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
è affetto/a da _____

Presenta inoltre le seguenti compromissioni:(*)

① In almeno una delle condizioni sotto elencate:

(barrare la casella corrispondente)

MOTRICITÀ

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

STATO DI COSCIENZA

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

(*)La condizione, al fine della presentazione della domanda, è che l'assistito presenti almeno due compromissioni, una per ciascun dominio, (di cui al punto ①e al punto ②del 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) per almeno 16 ore/die per 7gg alla settimana;

nel dominio della "NUTRIZIONE" in **alimentazione parenterale attraverso catetere venoso centrale**

② **E in almeno una** delle seguenti:

RESPIRAZIONE

➤ Necessita di aspirazione quotidiana	SI	NO
➤ Presenza tracheostomia	SI	NO
➤ Presenza ventilazione assistita (per 7gg/settimana)	SI	NO
N° ore/die _____ per 7 giorni/settimana		

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

Si dichiara altresì che il paziente necessita di **continuità dell'assistenza** resa da familiari e/o assistente personale (se la persona fosse lasciata sola sarebbe esposta a pericoli sostanziali di vita) e di **monitoraggio delle condizioni di salute (parametri vitali) della persona e/o delle apparecchiature nell'arco delle 24 ore** da parte di: operatori sanitari dei servizi pubblico o privato accreditato: MMG/PDF, operatore ADI o di caregiver familiare/assistente personale, debitamente addestrati e supervisionati almeno settimanalmente da personale sanitario.

(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 ①e al punto ②del 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) per almeno 16 ore/die per 7gg alla settimana;

nel dominio della "NUTRIZIONE" in **alimentazione parenterale attraverso catetere venoso centrale**