# ALLEGATO C

**DISABILITÀ GRAVISSIMA**

**MINORE IN CONDIZIONI DI DIPENDENZA VITALE CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA CONTINUATIVA E DI MONITORAGGIO NELLE 24 ORE**

*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 l’assistito/a*

# Il Dr.

Ai fini della valutazione della disabilità gravissima del minore in età pediatrica, che necessita di assistenza nelle 24 ore

attesta che il/la Minore

nato/a a il

è affetto/a dalla seguente malattia rara: codice identificativo malattia

Presenta inoltre le seguenti compromissioni: (\*)

**** 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 |

 **E** in **almeno una** delle seguenti:

# 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 **** e al punto  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**.