**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI COMA/STATO VEGETATIVO/MINIMA COSCIENZA**

Con la presente si certifica che il/la paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha ottenuto un punteggio nella scala Glasgow Come Scale (GCS) pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si allega alla presente copia della Glasgow Come Scale (GCS).

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Timbro e firma del medico )

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Glasgow Coma Scale (GCS)**

**La Glasgow Coma Scale prevede la valutazione combinata delle risposte oculari, verbali e motorie.** Ad ognuna di queste corrisponde un punteggio, la cui somma rappresenta lo score, vale a dire **il livello di coscienza del paziente .** Lo score risulta dalla somma delle migliori risposte oculari, verbali e motorie ottenute.

Va precisato che le risposte motorie devono essere ricercate nell'arto superiore .

Lo stimolo algogeno appropriato e standardizzato è costituito dalla compressione del letto ungueale,

oppure da un forte pizzicamento del cucullare o infine da una pressione sullo sterno con le nocche

delle dita.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Apertura Occhi** | Spontanea | 4 |
| Alla voce | 3 |
| Al dolore | 2 |
| Nessuna | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Risposta Verbale** | Orientata | 5 |
| Confusa | 4 |
| Parole inappropriate | 3 |
| Suoni incomprensibili | 2 |
| Nessuna | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Risposta Motoria** | Ubbidisce al comando | 6 |
| Localizza il dolore | 5 |
| Retrae al dolore | 4 |
| Flette al dolore | 3 |
| Estende al dolore | 2 |
| Nessuna | 1 |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Timbro e firma del medico)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI DIPENDENZA DA VENTILAZIONE MECCANICA**

Con la presente si certifica che il/la paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_è dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa 24 ore al giorno 7 giorni su 7.

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Timbro e firma del medico )

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI STATO DI DEMENZA**

Con la presente si certifica che il/la paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ha ottenuto un risultato nella scala CDRS pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia della Clinical Dementia Rating Scale (CDRS).

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico )

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Timbro e firma del medico)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI LESIONI SPINALI FRA C0 E C5**

Con la presente si certifica che il/la paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ha ottenuto un risultato nella scala ASIA Scale (AIS) pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASIA Scale (AIS)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **A = Completa** | Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5 |
|  | **B = Incompleta** | Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5 |
|  | **C = Incompleta** | La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico è più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3 |
|  | **D = Incompleta** | La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3 |
|  | **E = Normale** | Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibile alterazione dei riflessi) |

**Le lesione spinali da valutare ai fini della presentazione della domanda di finanziamento sono tra la C0 e la C5.**

**In caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate.**

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Timbro e firma del medico )

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI GRAVISSIMA COMPROMISSIONE MOTORIA DA PATOLOGIA NEUROLOGICA O MUSCOLARE**

Con la presente si certifica che il/la paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ha ottenuto un risultato nella scala \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (compilare almeno una tra le seguenti scale: MRC/EDSS/Hoehn e Yahr) pari a:

Si allega alla presente copia della scala\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Timbro e firma del medico)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDICAL RESEARCH COUNVIL (MRC).**

**Braccio destro:\_\_\_/5**

**Braccio sinistro:\_\_\_/5**

**Gamba destra:\_\_\_/5**

**Gamba sinistra:\_\_\_/5**

|  |  |
| --- | --- |
| **5/5** | Movimento possibile contro resistenza massima |
| **4/5** | Movimento possibile solo contro resistenza minima |
| **3/5** | Movimento possibile solo contro gravità |
| **2/5** | Movimento possibile solo in assenza di gravità |
| **1/5** | Accenno al movimento |
| **0/5** | Assenza di movimento |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Timbro e firma del medico)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### EXPANDED DISABILITY STATUS SCALE (EDSS)

**Punteggio ottenuto:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### SCALA DI HOEHN E YAHR

**Stadio clinico del paziente: \_\_\_\_\_\_**

****

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Timbro e firma del medico)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI DEPRIVAZIONE SENSORIALE COMPLESSA**

Con la presente si certifica che il/la paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ha una copresenza di minorazione visiva e ipoacusia.

Residuo visivo occhio destro: \_\_\_\_/20

Residuo visivo occhio sinistro: \_\_\_\_/20

Residuo perimetrico binoculare: \_\_\_\_\_%

Orecchio destro: \_\_\_\_\_ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz

Orecchio sinistro: \_\_\_\_\_ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Timbro e firma del medico)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI SPETTRO AUTISTICO**

Con la presente si certifica che il/la paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_è affetto da una disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello\_\_\_\_\_\_ del DSM-5.

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Timbro e firma del medico)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI RITARDO MENTALE GRAVE/PROFONDO**

Con la presente si certifica che il/la paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_è affetto da un ritardo mentale grave o profondo secondo la classificazione del DSM-5 con un QI pari a \_\_\_\_\_\_\_ e un punteggio nella scala LAPMER pari a \_\_\_\_\_\_\_

Si allega il test LAPMER.

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Timbro e firma del medico)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LEVEL OF ACTIVITY IN PROFOUND/SEVERE MENTAL RETARDATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Alimentazione** | Viene alimentato, cibo di consistenza modificata | 0 |
| Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria | 1 |
| Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza) | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Controllo Sfinteri** | Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali) | 0 |
| Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali) | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Comunicazione** | Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspefico o stereotipato | 0 |
| Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici | 1 |
| Comunica verbalmente i suoi bisogni | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Manipolazione** | Assente, oppure azione di afferramento | 0 |
| Afferramento palmare spontaneo | 1 |
| Utilizza la pinza pollice-indice | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Vestizione** | Passiva | 0 |
| Si sforza di dare una qualche collaborazione | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Locomozione** | Stazionario sulla sedia/poltrona/letto | 0 |
| Si trasferisce nell’ambiente | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Orientamento nello spazio** | Non orientato | 0 |
| Orientato solo in ambienti conosciuti | 1 |
| Orientato negli spazi a lui non conosciuti | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Prassi** | Nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati | 0 |
| Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente | 1 |
| Disegna o pilota una carrozzina elettrica | 2 |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Timbro e firma del medico)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_