**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:(\*)**

**** 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 (per 7gg/settimana)    **N° ore/die \_\_\_\_\_\_\_\_\_ per 7 giorni/settimana** | 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 |

Si dichiara altresì che il paziente necessita di **continuità dell’assistenza** resa da famigliari 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)