

**DISABILITÀ GRAVISSIMA
MINORI IN CONDIZIONI DI DIPENDENZA VITALE CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA CONTINUATIVA
E DI MONITORAGGIO NELLE 24 ORE**

*Scheda 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

dichiara

che il/la Minore _____

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

➤Necessità di aspirazione quotidiana	SI	NO
➤Presenza tracheostomia	SI	NO
➤Presenza ventilazione assistita	SI	NO
➤Necessità di macchina della tosse	SI	NO

NUTRIZIONE

➤Necessità 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 _____



(FIRMA E TIMBRO)

(*)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.**