

**SCHEDA SALUTE PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA
LEGGE N.162/98 – ANNUALITA' 2020**

MEDICO COMPILATORE

COGNOME _____

NOME _____

DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE N. 162/98

COGNOME _____

NOME _____

HANDICAP GRAVE (barrare la voce che interessa):

CONGENITO o INSORTO ENTRO I 35 ANNI DI ETA' ☐ SI ☐ NO

DATA _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE

ALLEGATO B

SCHEDA SALUTE

(da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale o Medico di struttura pubblica o Medico convenzionato)

Per l'attribuzione dei punteggi relativi ai bambini da 0 a 3 anni occorre considerare solo le voci significative per l'età del bambino (es. attribuire punteggio "0" alla voce "è capace di vestirsi o spogliarsi da solo?" se anche i bambini non disabili della stessa età non ne sono capaci, come per il parlare, mangiare, camminare, fare il bagno da solo, ecc.)

Cognome: _____ Nome: _____
 Nato a: _____ il: ____/____/____ Sesso: _____
 Residente in: _____ Via: _____ n. _____
 Codice Fiscale: _____
 Data di rilascio certificazione L. 104/92 art. 3 comma 3: ____/____/____
 Diagnosi: _____

AREA A: Sensi e linguaggio

1. Presenta compromissione della capacità visiva e non correggibile da protesi?

- 0. ☐ Non presenta alcuna compromissione della capacità visiva
- 1. ☐ Presenta una parziale compromissione della capacità visiva (decimista)
- 2. ☐ Presenta una marcata compromissione della capacità visiva (ventesimista)
- 4. ☐ Presenta una totale compromissione della capacità visiva (cieco assoluto)

2. È in grado di distinguere e reagire coerentemente a voci, suoni, rumori?

- 0. ☐ Sì
- 2. ☐ Parzialmente
- 3. ☐ Per nulla

3. È in grado di reagire coerentemente alle sollecitazioni di natura tattile? (es. E' ipo/ipersensibile alle stimolazioni sensoriali)?

- 0. ☐ Sì
- 2. ☐ Parzialmente
- 3. ☐ Per nulla

4. È in grado di parlare correttamente e coerentemente in modo comprensibile da terzi non familiari?

- 0. ☐ Sì, è in grado (Espressione verbale soddisfacente)
- 2. ☐ Alcune volte (L'articolazione della parola è molto difficoltosa, quasi incomprensibile)
- 4. ☐ No, non è mai in grado (Non vocalizza per niente o vocalizza per attirare l'attenzione su di sé)

AREA B: Esecuzione delle attività quotidiane

Vestirsi e svestirsi

5. È capace di vestirsi e di spogliarsi da solo/a? Cioè di prendere i vestiti o il pigiama, di indossarli e toglierli?

- 0. ☐ È completamente autonomo nel vestirsi e svestirsi: non ha mai bisogno del minimo aiuto
- 1. ☐ Collabora, ma ha bisogno di aiuto o di supervisione
- 2. ☐ Va completamente assistito/a in tutto (Es. tetraplegico, focomelico, disabile intellettivo grave)

Alimentazione

6. Mangia senza bisogno di aiuto?

- 0. ☐ Sì, è completamente autonomo
- 1. ☐ Necessita di aiuto parziale (per le operazioni più difficili quali tagliare, sbucciare)
- 2. ☐ Assistenza ed aiuto sono sempre necessari, va aiutato in tutto e va imboccato

7. Per l'alimentazione necessita di particolare somministrazione dei pasti e preparazione dei cibi a causa di problemi di masticazione, deglutizione, digestione?

- 0. ☐ No, non necessita di somministrazione, preparazione particolare dei cibi
- 1. ☐ Necessita di parziale somministrazione, preparazione dei cibi (si nutre con liquidi e cibi molli, qualche volta mangia cibi solidi)
- 2. ☐ Sì, necessita di totale preparazione particolare dei cibi (Si nutre solo con liquidi e con cibi molli che digerisce con grande lentezza)

Locomozione

8. Riguardo alla locomozione:

- 0. ☐ E' completamente autonomo nel camminare, nella locomozione
- 1. ☐ L'andatura è instabile
- 2. ☐ L'andatura è molto instabile, usa degli appoggi
- 3. ☐ Necessita di aiuto personale solo negli spostamenti più impegnativi (ad es. scendere le scale, entrare o uscire dal letto)
- 4. ☐ Necessita di aiuto personale anche per fare pochi passi
- 5. ☐ Non è in grado di deambulare autonomamente, neppure con la massima assistenza; o si muove sempre autonomamente in carrozzina
- 6. ☐ Si muove sempre in carrozzina con accompagnatore. Oppure presenta iperattività costante (da autismo e/o da sindromi collegate)
- 7. ☐ E' allettato

Orientamento spaziale

9. E' in grado di orientarsi nell'ambiente circostante in autonomia?

- 0. ☐ Sì, è in grado di orientarsi
- 1. ☐ E' incerto
- 2. ☐ No, non è in grado di orientarsi

Prensione e manualità

10. Riesce a individuare, afferrare, mantenere e manipolare gli oggetti?

- 0. ☐ Con sicurezza
- 1. ☐ Parzialmente
- 2. ☐ Non riesce nell'esecuzione di operazioni manuali complesse
- 4. ☐ Non vi riesce per niente

Igiene personale, continenza

11. È capace di fare il bagno da solo/a, lavarsi, sistemarsi?

- 0. ☐ Sì, è completamente autonomo/a nell'igiene personale
- 1. ☐ Deve essere aiutato/a o assistito/a parzialmente
- 2. ☐ Deve essere aiutato/a in tutto, necessita di assistenza completa

12. Ha incontinenza urinaria?

- 0 ☐ Mai
- 1. ☐ Talvolta
- 2. ☐ Sempre

13. Possiede il controllo degli sfinteri?

- 0. ☐ Possiede il controllo completo
- 1. ☐ Possiede il controllo parziale
- 2. ☐ Non possiede per nulla il controllo sfinterico

AREA C: Vita di relazione

Reazioni emotive, comunicazione, comprensione

14. **Esprime ed attua sentimenti**, atteggiamenti e comportamenti adeguati e consoni alle situazioni ambientali e ai contesti sociali (ad esempio non esprime e non attua atteggiamenti/comportamenti di autodifesa da pericoli, o comportamenti stereotipati, o di auto/etero aggressività, ecc.)?

- 0. ☐ Sì
- 1. ☐ Parzialmente e con difficoltà
- 2. ☐ Per nulla

15. **Riesce sempre a farsi capire dagli altri** e a far capire cosa vuole nei rapporti interpersonali? (farsi capire/far capire = indicare, descrivere, spiegare, precisare, comprendere)

- 0. ☐ Sì
- 1. ☐ Parzialmente e con difficoltà
- 3. ☐ Per nulla

Memoria, Orientamento Temporale, Concentrazione

16. **Ha il senso dell'orientamento temporale?**

- 0. ☐ Sì
- 1. ☐ Parzialmente
- 2. ☐ No

17. **È in grado di mantenere l'attenzione e la concentrazione rispetto ad un dato compito/attività?**

- 0. ☐ Sì
- 1. ☐ Parzialmente
- 2. ☐ No

18. **E' in grado di ricordare in modo da poter svolgere e gestire le attività quotidiane in autonomia?**

- 0. ☐ Sì
- 1. ☐ Parzialmente
- 2. ☐ No

PUNTEGGIO TOTALE _____

Data _____

Il Medico
(Timbro e firma)
