# 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?**
	1. □ Non presenta alcuna compromissione della capacità visiva
	2. □ Presenta una parziale compromissione della capacità visiva (decimista)
	3. □ Presenta una marcata compromissione della capacità visiva (ventesimista)

4. □ Presenta una totale compromissione della capacità visiva (cieco assoluto)

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

* 1. □ Si
1. □ Parzialmente
2. □ Per nulla

## 3. È in grado di reagire coerentemente alle sollecitazioni di natura tattile? (es. E’ ipo/iper sensibile alle stimolazioni sensoriali)?

0. □ Si

1. □ Parzialmente
2. □ Per nulla

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

0. □ Si, è in grado (Espressione verbale soddisfacente)

2. □ Alcune volte (L’articolazione della parola è molto difficoltosa, quasi incomprensibile)

1. □ 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

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

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

Alimentazione

## Mangia senza bisogno di aiuto?

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

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

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

Locomozione

## Riguardo alla locomozione:

* 1. □ E’ completamente autonomo nel camminare, nella locomozione
	2. □ L’andatura è instabile
	3. □ L’andatura è molto instabile, usa degli appoggi
	4. □ Necessita di aiuto personale solo negli spostamenti più impegnativi (ad es. scendere le scale, entrare o uscire dal letto)
	5. □ 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

1. □ Si muove sempre in carrozzina con accompagnatore. Oppure presenta iperattività costante (da autismo e/o da sindromi collegate)
2. □ E’ allettato Orientamento spaziale

## E’ in grado di orientarsi nell’ambiente circostante in autonomia?

* 1. □ Si, è in grado di orientarsi
	2. □ E’ incerto
	3. □ No, non è in grado di orientarsi Prensione e manualità

## Riesce a individuare, afferrare, mantenere e manipolare gli oggetti?

* 1. □ Con sicurezza
	2. □ Parzialmente
	3. □ Non riesce nell’esecuzione di operazioni manuali complesse

4. □ Non vi riesce per niente Igiene personale, continenza

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

* 1. □ Si, è completamente autonomo/a nell'igiene personale
	2. □ Deve essere aiutato/a o assistito/a parzialmente
	3. □ Deve essere aiutato/a in tutto, necessita di assistenza completa

## Ha incontinenza urinaria?

0 □ Mai

1. □ Talvolta
2. □ Sempre

## Possiede il controllo degli sfinteri?

* 1. □ Possiede il controllo completo
	2. □ Possiede il controllo parziale

2. □ Non possiede per nulla il controllo sfinterico

# AREA C: Vita di relazione

Reazioni emotive, comunicazione, comprensione

1. **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.)?
	1. □ Si
	2. □ Parzialmente e con difficoltà
	3. □ Per nulla
2. **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)
	1. □ Si
	2. □ Parzialmente e con difficoltà

3. □ Per nulla

Memoria, Orientamento Temporale, Concentrazione

## Ha il senso dell’orientamento temporale?

* 1. □ Si
	2. □ Parzialmente
	3. □ No

## È in grado di mantenere l’attenzione e la concentrazione rispetto ad un dato compito/attività?

* 1. □ Si
	2. □ Parzialmente
	3. □ No

## E’ in grado di ricordare in modo da poter svolgere e gestire le attività quotidiane in autonomia?

* 1. □ Si
	2. □ Parzialmente
	3. □ No

## PUNTEGGIO TOTALE \_\_\_\_\_\_\_\_

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il Medico**

*(Timbro e firma)*

 *\_*