

Certificato medico relativo alla domanda per l'assegno di cura

Legge provinciale n. 9 del 12 ottobre 2007

Dati del medico che rilascia il certificato:

(la compilazione dei dati anagrafici del medico può essere sostituita dal timbro, contenente gli stessi dati **leggibili**)

Medico di medicina generale Pediatra medico specialista (barrare una casella)

Cognome: Nome

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo Ambulatorio

CAP..... Luogo..... Provincia

Via/piazza n.

Tel. Cellulare..... E-mail

Dati del paziente:

Cognome.....Nome.....

(cognome coniugata).....

Data di nascita Luogo di nascita Provincia

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo (domicilio):

CAP..... Luogo Provincia

Via/piazza n.

1. Diagnosi rilevanti per il fabbisogno di assistenza e cura (compilare in modo digitale o in stampatello leggibile, non utilizzare abbreviazioni).

1.1 Eventuali altre diagnosi

2. Limitazioni funzionali in base alla visita effettuata

(limitazioni riconducibili alla diagnosi; barrare una casella per riga)

dell'apparato muscolo-scheletrico e locomotorio

nessuna

modesta

grave

perdita funzionale

Annotazioni:

degli organi interni

nessuna

modesta

grave

perdita funzionale

Annotazioni:

degli organi sensoriali

nessuna

modesta

grave

perdita funzionale

Annotazioni:

del sistema nervoso centrale

nessuna

modesta

grave

perdita funzionale

Annotazioni:

delle capacità psichiche e cognitive

nessuna

modesta

grave

perdita funzionale

Annotazioni:

3. Le limitazioni funzionali a carico del paziente sono già presenti da oltre 6 mesi:

Sì

NO

4. Le limitazioni funzionali a carico del paziente perdureranno per almeno 6 mesi:

Sì

NO

5. Domanda di assegno di cura per persone con malattia in fase avanzata (da compilare solo in caso di richiesta esplicita)

La prestazione "ASSEGNO DI CURA PER PERSONE CON MALATTIA IN FASE AVANZATA" prevista dalla delibera della Giunta provinciale n. 1426 del 14.11.2017, art. 11, è riservata esclusivamente ai pazienti terminali e limitata ad una durata massima di sei mesi.

Il medico conferma la presenza di tutti i requisiti per la concessione di questa prestazione.

Timbro e firma del medico*

*per la validità della richiesta devono essere apposte in questo riquadro la firma del medico e il timbro leggibile

6. Le limitazioni funzionali sono prevalentemente riconducibili a un evento acuto, a cui segue un programma di riabilitazione:

SÌ

NO

7. Domanda di RIVALUTAZIONE prima della scadenza del termine di validità dell'ultima valutazione:

a) le condizioni generali di salute della persona non autosufficiente sono peggiorate in modo rilevante e ciò ha determinato un maggiore fabbisogno di assistenza:

SÌ

NO

b) il peggioramento perdurerà presumibilmente per almeno sei mesi:

SÌ

NO

c) descrizione dettagliata del peggioramento e del motivo che ha portato ad un aumento del fabbisogno di cura e assistenza - compilare obbligatoriamente se nelle precedenti lettere a) e b) è stata barrata la casella SÌ:

8. È gradito un colloquio con l'unità di valutazione

SÌ

NO

Eventuali annotazioni:

Luogo e data Timbro e firma*

**per la validità della domanda sono necessari la firma del medico e il timbro leggibile*