

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

Dati di contatto (indicare almeno UNA modalità di contatto):

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

Note (eventuali informazioni aggiuntive):

degli organi interni

☐ nessuna

☐ modesta

☐ grave

☐ perdita funzionale

Note (eventuali informazioni aggiuntive):

degli organi sensoriali

☐ nessuna

☐ modesta

☐ grave

☐ perdita funzionale

Note (eventuali informazioni aggiuntive):

del sistema nervoso centrale

☐ nessuna

☐ modesta

☐ grave

☐ perdita funzionale

Note (eventuali informazioni aggiuntive):

delle capacità psichiche e cognitive

☐ nessuna

☐ modesta

☐ grave

☐ perdita funzionale

Note (eventuali informazioni aggiuntive):

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. 694 del 27.09.2022, art. 11, è riservata esclusivamente ai pazienti terminali e limitata ad una durata massima di 12 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 per peggioramento:

Attenzione: Solo possibile dal settimo mese dalla data dell'ultima valutazione effettuata

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

9. Richiesta di una VISITA DOMICILIARE da parte DEL TEAM DI VALUTAZIONE – da compilare solo in caso di richiesta esplicita

Il medico rileva che l'accertamento del fabbisogno di cura e di assistenza per motivi di salute non potrà aver luogo presso i locali del Servizio di valutazione della non autosufficienza, e che per questo motivo è indispensabile la visita domiciliare da parte del team di valutazione.

Note (eventuali informazioni aggiuntive):

Firma del medico

La firma del medico è requisito necessario per l'accertamento del fabbisogno di cura e di assistenza **a domicilio**

Luogo e data

Timbro e firma

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