

ALLEGATO 2

Valutazione della condizione di dipendenza vitale (articolo 3, comma 2, lettera i) Decreto Ministeriale 26 Settembre 2016) da utilizzare per tutte le patologie e i casi che non rientrano nelle tabelle dell'ALLEGATO 1
Da compilare a cura dello Specialista di riferimento per patologia della struttura sanitaria pubblica.

Si certifica che il/la Signor/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il ____/____/____

Residente a _____ Prov. _____

Via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

Ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza ha le seguenti compromissioni:

UNO almeno dei seguenti domini (barrare la casella corrispondente):

1. MOTRICITÀ (Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana)

(Scala ADL-Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana)

Le attività della vita quotidiana sono svolte completamente da un'altra persona

2. STATO DI COSCIENZA (Compromissione severa o persona non cosciente)

Raramente prende decisioni

Mai prende decisioni

Persona non cosciente

ed UNO dei seguenti altri domini (barrare la casella corrispondente):

3. RESPIRAZIONE

Necessita di aspirazione quotidiana

Presenza di Tracheostomia

4. NUTRIZIONE

Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi (come da linee guida allegate)

Combinata orale e enterale/parenterale

Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)

Solo tramite gastrostomia (es. PEG)

Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

NB: Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in almeno uno dei domini di cui ai punti 1 e 2 ed in almeno uno di cui ai punti 3 e 4.

Note.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore
