

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

☐ Necessità di respirazione 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 _____