

**DGR 5791/2021 MISURA B2 A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

**Segnalazione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di famiglia**

Il MMG/PDF Dr \_\_\_\_\_

**segnala**

che il sig/sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

È affetto/a da \_\_\_\_\_

Cadute negli ultimi sei mesi                                   no     si     (se maggiore di 1) n. \_\_\_\_  
 Accessi in Pronto Soccorso negli ultimi sei mesi       no     si     (se maggiore di 1) n. \_\_\_\_  
 Ricoveri ospedalieri negli ultimi sei mesi           no     si     (se maggiore di 1) n. \_\_\_\_

Altro da segnalare:

**SCHEDA DI ORIENTAMENTO\***

<b>MORBILITÀ</b>	<b>assente o lieve</b> (nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività)	<b>moderato</b> (la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività)	<b>grave</b> (la compromissione d'organo/sistema produce disabilità)	<b>molto grave</b> (la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza)
<b>ALIMENTAZIONE</b>	<b>autonomo</b>	<b>con aiuto</b>	<b>dipendenza severa</b>	<b>nutrizione enterale o parenterale</b>
<b>ALVO E DIURESIS</b>	<b>continenza</b>	<b>continenza per alvo incontinenza urinaria</b>	<b>incontinenza stabile per alvo e diuresi (uso pannoloni)</b>	<b>incontinenza stabile per alvo e diuresi (catetere vescicale e/o evacuazione assistita)</b>
<b>MOBILITÀ</b>	<b>autonomo</b>	<b>con minimo aiuto)</b>	<b>con ausili</b>	<b>allettato</b>
<b>IGIENE PERSONALE</b>	<b>autonomo</b>	<b>con minimo aiuto</b>	<b>con aiuto moderato</b>	<b>totale dipendenza</b>
<b>STATO MENTALE E COMPORTEMENTO</b>	<b>collaborante capace di intendere e volere</b>	<b>collaborante ma con difficoltà a capire le indicazioni</b>	<b>non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni</b>	<b>non collaborante e gravemente incapace di intendere e volere / segni di disturbi comportamentali</b>

\*Nel caso di minori la dipendenza va valutata in relazione alle funzioni e alle capacità proprie dell'età

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e Firma