

medico di medicina generale

medico pediatra di base

(barrare una casella)

Cognome Nome

Codice fiscale

indirizzo ambulatorio

CAP Luogo Provincia

Via/piazza Numero

Telefono Cellulare

e-mail

Certificato medico

relativo alla richiesta di prestazioni previste dal fondo per la non autosufficienza -
inquadramento, da allegare alla domanda di assegno di cura
Legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9

Cognome Nome

Cognome coniugata

Luogo di nascita Provincia

Data di nascita . . Codice fiscale

Indirizzo domicilio:

CAP Luogo Provincia

Via/piazza Numero

1. Diagnosi (formulare per esteso e non utilizzare abbreviazioni. Indicare una o più diagnosi di malattia/disabilità che comporti uno stato di non autosufficienza rilevante)

-
-
-
-
-
-

2. Limitazioni funzionali in base alla visita effettuata

(limitazioni deducibili dalla diagnosi, barrare una casella)

dell'apparato muscolo-scheletrico e locomotorio

nessuna modesta grave perdita funzionale

degli organi interni

nessuna modesta grave perdita funzionale

degli organi sensoriali

nessuna modesta grave perdita funzionale

del sistema nervoso centrale

nessuna modesta grave perdita funzionale

delle capacità psichiche e capacità cognitive

nessuna modesta grave perdita funzionale

3. Il/la paziente presenta limitazioni funzionali già presenti da oltre 6 mesi:

si no

4. Il/la paziente presenta limitazioni funzionali della presunta durata di oltre 6 mesi:

si no

5. Per il/la paziente esistono possibilità di riabilitazione e in base alla normativa vigente deve essere nuovamente valutato/a entro un periodo massimo di 5 anni.

si no

6. Le limitazioni funzionali sono riconducibili soprattutto ad un evento acuto che richiede un programma riabilitativo post-acuto. Pertanto è necessario effettuare un controllo 6 mesi dopo l'evento acuto.

si no

7. Informazione fondamentale in caso di REINQUADRAMENTO:

- è passato almeno un anno dall'ultimo accertamento della non autosufficienza
- sussiste un rilevante peggioramento delle condizioni generali del/della paziente

8. Annotazioni

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

È gradito un colloquio con l'unità di valutazione prima della decisione:

- sì no, non necessario

luogo e data

timbro e firma

.....
.....
.....

.....

Chiarimenti relativi alle indicazioni da fornire nel certificato medico

Punto 1: Diagnosi rilevanti ai fini del rilevamento del fabbisogno assistenziale (possibilmente da compilare in modo digitale oppure in stampatello)

Sono da indicare solamente diagnosi, che implicino un fabbisogno assistenziale ovvero di aiuto (ev. con la classificazione ICD), p.es. ictus cerebri, demenza, insufficienza respiratoria grave con eventuale esigenza di ossigeno terapia, ulcere e decubiti, dopo interventi oncologici con esiti (p.es. tracheostomia), insufficienza cardiaca non compensabile, psicosi. L'indicazione di quanto è stata effettuata l'ultima visita medica è una informazione aggiuntiva molto importante sia per il colloquio ai fini della valutazione sia per il successivo consulto.

Criteri di applicazione, Art. 10, comma 8: Per poter effettuare l'inquadramento di pazienti terminali in tempi rapidi e con priorità, il certificato medico, emesso dal medico curante, deve contenere le seguenti indicazioni:

- la diagnosi di una patologia che comporti una probabilità di vita da 90 a 120 giorni (malattie neoplastiche invasive e/o metastatizzanti, gravi patologie polmonari o cardiache, perdita della funzionalità renale, gravi patologie epatiche);
- la nota: "necessità di valutazione urgente".

La domanda di reinquadramento di pazienti terminali può essere sostituita da un certificato medico che attesti il peggioramento della situazione assistenziale. In questo caso la data d'emissione del certificato medico vale come data della domanda. Per il reinquadramento di pazienti terminali si può prescindere dalla visita domiciliare.

Punto 2: Limitazioni funzionali

- **nessuno:** non si riscontra una riduzione apprezzabile della funzionalità dell'organo o apparato
- **modesto:** riduzione della funzione con limitazioni visibili delle funzioni o capacità
- **grave:** funzione gravemente ridotta con rilevanti limitazioni delle funzioni o capacità
- **perdita funzionale:** grave o completa perdita della capacità o riduzione totale delle funzioni o capacità dell'organo o dell'apparato

Punto 3 e 4: Durata delle limitazioni funzionali

Per poter presentare la domanda di assegno di cura o per l'accertamento del fabbisogno assistenziale, le limitazioni funzionali devono essere presenti già da più di 6 mesi oppure devono avere una durata presunta di più di 6 mesi. La domanda è valida se in almeno uno tra il punto 3 e il 4 è indicato un SÌ. Questo vale anche per i pazienti terminali.