**ALLEGATO E**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI**

**GRAVISSIMA COMPROMISSIONE MOTORIA DA PATOLOGIA NEUROLOGICA O MUSCOLARE**

Con la presente si certifica che il/la paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha ottenuto un risultato nella scala MRC pari a:

**MEDICAL RESEARCH COUNVIL (MRC).**

**Braccio destro:\_\_\_/5**

**Braccio sinistro:\_\_\_/5**

**Gamba destra:\_\_\_/5**

**Gamba sinistra:\_\_\_/5**

|  |  |
| --- | --- |
| **5/5** | Movimento possibile contro resistenza massima |
| **4/5** | Movimento possibile solo contro resistenza minima |
| **3/5** | Movimento possibile solo contro gravità |
| **2/5** | Movimento possibile solo in assenza di gravità |
| **1/5** | Accenno al movimento |
| **0/5** | Assenza di movimento |

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico certificatore)