

## 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**

<b>5/5</b>	Movimento possibile contro resistenza massima
<b>4/5</b>	Movimento possibile solo contro resistenza minima
<b>3/5</b>	Movimento possibile solo contro gravità
<b>2/5</b>	Movimento possibile solo in assenza di gravità
<b>1/5</b>	Accenno al movimento
<b>0/5</b>	Assenza di movimento

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

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

(Timbro e firma del medico certificatore)