**ALLEGATO H**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI**

**RITARDO MENTALE GRAVE/PROFONDO**

Con la presente si certifica che il/la paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è affetto da un ritardo mentale grave o profondo secondo la classificazione del DSM-5 con un QI pari a \_\_\_\_\_\_\_ e un punteggio nella scala LAPMEL pari a \_\_\_\_\_\_\_

Si allega la il test LAPMEL.

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

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

(Timbro e firma del medico certificatore)

**LEVEL OF ACTIVITY IN PROFOUND/SEVERE MENTAL RETARDATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Alimentazione** | Viene alimentato, cibo di consistenza modificata | 0 |
| Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria | 1 |
| Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza) | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Controllo Sfinteri** | Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali) | 0 |
| Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali) | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Comunicazione** | Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspefico o stereotipato | 0 |
| Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici | 1 |
| Comunica verbalmente i suoi bisogni | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Manipolazione** | Assente, oppure azione di afferramento | 0 |
| Afferramento palmare spontaneo | 1 |
| Utilizza la pinza pollice-indice | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Vestizione** | Passiva | 0 |
| Si sforza di dare una qualche collaborazione | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Locomozione** | Stazionario sulla sedia/poltrona/letto | 0 |
| Si trasferisce nell’ambiente | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Orientamento nello spazio** | Non orientato | 0 |
| Orientato solo in ambienti conosciuti | 1 |
| Orientato negli spazi a lui non conosciuti | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Prassi** | Nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati | 0 |
| Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente | 1 |
| Disegna o pilota una carrozzina elettrica | 2 |