

ALLEGATO I

CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI DIPENDENZA VITALE NECESSITA' DI ASSISTENZA CONTINUTIVA E MONITORAGGIO NELLE 24 ORE, SETTE GIORNI SU SETTE PER BISOGNI COMPLESSI DERIVANTI DALLE GRAVI CONDIZIONI PSICOFISICHE

Con la presente si certifica che il/la paziente _____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

in via _____ n. _____ da me visitato in data _____

presenta una compromissione della funzionalità nei seguenti domini:

1. Motricità:

- Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona

2. Stato di coscienza:

- Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
 Persona non cosciente

3. Respirazione:

- Necessità di aspirazione quotidiana;
 Presenza di tracheostomia

4. Nutrizione:

- Necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi
 Combinata orale e enterale/parenterale
 Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
 Solo tramite gastrostomia (es. PEG)
 Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

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

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)

Si intendono in condizione di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in almeno uno dei domini di cui ai punti 1 e 2 e di almeno uno dei domini di cui ai punti 3 e 4.