

Alla c.a. del Coordinatore U.V.M.

Zona _____

Via/P.za _____

Città _____

CAP _____

Oggetto: Richiesta applicazione Del. della Giunta Regionale Toscana n. 721 del 3.8.2009 e del Decreto Dirigenziale n. 5725 del 5.11.2009

Io sottoscritto/a _____ in qualità

di moglie/marito/figlio/a – altro _____ del Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

in via/p.za _____, CAP _____ tel. _____

affetto da una condizione prevista dall'all. B della delibera in oggetto, chiedo la valutazione per l'accesso ai benefici previsti della delibera stessa.

A tal fine allego il certificato del Medico curante, attestante le condizioni indicate nell'all. A al Decreto in oggetto, nonché ulteriore altra documentazione sanitaria, utile a valutare le condizioni clinico-funzionali.

Data, _____

Firma _____

DGR N. 721/2009 Sperimentazione interventi a sostegno della funzione assistenziale domiciliare per persone affette da patologie del motoneurone

SCHEMA DI SEGNALAZIONE CLINICA DI CUI ALL'ALLEGATO A

Il Sig./ra _____ affetto da una delle seguenti condizioni (Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Laterale Primaria, Atrofia Muscolare Progressiva, Paralisi Bulbare Progressiva, Atrofia Muscolare Spinale tipo III e IV, Sindrome post-polio, Malattia di Kennedy, Deficit di esosaminidasi A) _____

presenta il seguente quadro clinico-funzionale:

Presenza di almeno uno dei seguenti criteri:		SI	NO
A	Ventilazione invasiva o ventilazione non invasiva sub-continua > 18 ore		
B	Perdita del linguaggio comprensibile con perdita completa dell'uso degli arti superiori		
C	Perdita del linguaggio comprensibile con perdita completa della funzione deambulatoria		

Oppure presenza di tre dei seguenti criteri:		SI	NO
D	ventilazione non invasiva intermittente e/o notturna		
	perdita del linguaggio comprensibile		
	perdita sub-completa della funzione deambulatoria autonoma o necessità di assistenza sub-continua nella cura della persona		
	alimentazione enterale adiuvata		

Data _____

Firma del medico _____