

Modulo 1

PROPOSTA DI ATTIVAZIONE PERCORSO

A cura dello specialista di riferimento (fisiatra, neurologo, neuropsichiatra infantile)

⇒ Al **Centro di Riferimento** per le Malattie Rare della Regione Lazio

nome del centro _____

per (specificare patologia) _____

e-mail _____ (vedi elenco allegato dei Centri di Riferimento)

oppure

⇒ All' **Ambulatorio per la CAA** ASL Roma 1 per pazienti senza Centro di Riferimento

per (specificare patologia) _____

e-mail: **ambulatoriocaa@aslroma1.it** e p.c. **ausili.comunicazione@aslroma1.it**

Il/la Sottoscritto/a (nome e cognome medico inviante) _____

In qualità di (specificare professionalità e ruolo) _____

Operante presso (specificare la struttura) _____

tel. _____ Cell. _____ Email _____

Propone l'**attivazione del percorso valutativo** per la CAA del paziente:

informazioni anagrafiche del paziente

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ (Pr. _____) il _____ CF _____

residente in via _____ N _____ CAP _____

nel Comune di _____ (Pr. _____) ASL _____ Distretto _____

assistenza protesica ASL residenza _____ mail: _____

Recapiti paziente: tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Eventuale familiare di riferimento _____

Recapiti del familiare: tel. _____ e-mail _____

informazioni sanitarie generali

Diagnosi: _____

CODICE ICD 9-CM |_|_|_|_|. |_|_|_|

CODICE MALATTIA RARA |_|_|_|_|_|_|_|

Condizioni cliniche generali: ottime buone discrete sufficienti scadute

Tracheostomia sì no Data della tracheotomia _____

PEG sì no Data della PEG _____

Allettato/a sì no

Trasportabile senza gravi implicazioni per lo stato di salute della persona sì no

**RACCORDO ANAMNESTICO E OBIETTIVITA'
RELATIVI ALLA PATOLOGIA NEUROLOGICA**

Diagnosi neurologica _____

Esordio della patologia neurologica _____

Esordio delle difficoltà comunicative _____

Evoluzione clinica dei disturbi del linguaggio verbale e delle limitazioni motorie _____

Patologie concomitanti rilevanti per la funzionalità motoria, cognitiva e visiva _____

Stabilità clinica: stabile lenta progressione peggiorativa rapida progressione peggiorativa
 lenta progressione migliorativa rapida progressione migliorativa

Responsività, contatto con l'ambiente: insufficiente sufficiente buono ottimo

Livello di funzionamento adattivo attuale: insufficiente sufficiente buono ottimo

Iniziativa comunicativa: insufficiente sufficiente buono ottimo

FUNZIONI COGNITIVE

Età adulta – disabilità acquisita

Deterioramento Cognitivo assente lieve moderato grave

Età evolutiva

Disturbo dello sviluppo intellettivo assente lieve moderato grave

**Giudizio complessivo sulle competenze comunicative
e parere sulla possibilità di giovare di un percorso di CAA**

Scarse Sufficienti Buone Ottime

FUNZIONALITÀ VERBALE

data inizio difficoltà di comunicazione: _____

data inizio impossibilità di comunicazione: _____

disartria grave media lieve

disfonia grave media lieve

afasia grave media lieve

altro da segnalare sul linguaggio _____

FUNZIONALITÀ MOTORIA ARTI

Sono presenti movimenti volontari nei seguenti distretti (*barrare ove presenti*)

 Minimi Ridotti Normali

Mano destra Minimi Ridotti Normali

Singole dita a dx Minimi Ridotti Normali

Mano sinistra Minimi Ridotti Normali

Singole dita a sn Minimi Ridotti Normali

Piede destro Minimi Ridotti Normali

Piede sinistro Minimi Ridotti Normali

Altro da segnalare su limitazioni motorie e coordinazione: _____

POSTURA

La persona è in grado di mantenere la postura seduta SI NO

Se SI, per quante ore? _____

FUNZIONALITÀ VISIVA (*barrare per conferma*)

E' presente il movimento coniugato degli occhi:

- in tutte le direzioni SI NO

- solo in alcune direzioni SI NO

Porta lenti oftalmiche di correzione SI NO

Chiude/apre volontariamente le palpebre SI NO

Riduzione Visus SI NO

Se SI, indicare quali: _____

Altro da segnalare su motilità oculare: _____

AUSILI TECNOLOGICI

Usa già un ausilio tecnologico SI NO

Se SI, specificare quale: _____

Ha esperienza di uso dell'informatica? SI NO

Ha esperienza di uso dell'informatica? SI NO

Se SI,
specificare il livello _____

Luogo e data _____

Timbro e Firma dello specialista _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

Gentile Signore/a, desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003 e degli articoli 13-14 del regolamento europeo 679/2016 e ai sensi delle linee guida emanate dal garante della privacy con deliberazione del 04/06/2015 ai fini del dossier sanitario elettronico, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: *documentazione dell'evoluzione clinica, diagnosi, cura, prevenzione, riabilitazione, inserimento socio-educativo, statistiche e monitoraggio per la tracciabilità degli ausili consegnati in comodato d'uso, supporto formativo per gli altri operatori che seguono la persona, trasmissione alle ditte distributrici degli ausili limitatamente a quanto necessita per le procedure di acquisizione degli ausili più adatti ad ogni paziente e per eventuali interventi di manutenzione.*

2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: *manuale e/o informatizzata;*

3. Il conferimento dei dati è facoltativo sebbene l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata prosecuzione delle prestazioni richieste;

4. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003.

Il/La sott. _____ nato/a _____ Prov _____ il _____

In qualità di: persona interessata al trattamento dei dati personali per sé

persona interessata al trattamento dei dati personali del

Sig./ra _____ perchè non può firmare

padre/madre del minore _____

tutore del minore/Signor/a _____

amministratore di sostegno del Signor/a _____

***Dà il consenso**

Nega il consenso

al trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati nella presente informativa.

Autorizzo, inoltre, all'uso in modo anonimo dei dati per: *presentazioni a congressi, pubblicazioni scientifiche.*

****Dà il consenso**

Nega il consenso

Autorizzo, inoltre, alla comunicazione e diffusione dei dati presso: *Istituzioni, Enti, Associazioni e Gruppi di studio, formazione e ricerca od eventualmente presentati a Congressi e Convegni nei soli casi previsti dalla norma di legge o di regolamento e, in ogni caso, nel rispetto della normativa sulla privacy. La comunicazione dei dati è comunque limitata a quanto strettamente necessario per effettuare gli adempimenti di competenza e il trattamento avviene nel rispetto dei principi di necessità ed indispensabilità.*

****Dà il consenso**

Nega il consenso

*Consenso obbligatorio per accedere alla valutazione.

**Consenso facoltativo.

Luogo e data _____ Firma di chi rilascia il consenso _____

cognome e nome in stampatello _____

Firma dell'operatore sanitario che ha condotto il colloquio _____