

Modulo 2

ELEGGIBILITA' E RICHIESTA DI VALUTAZIONE

A cura del Centro di Riferimento Malattie Rare o dell'Ambulatorio per la CAA della ASL Roma 1
da inviare, allegando anche il Modulo 1, a:

- ⇒ **NuVAC** (NV della ASL Roma 1 **per pazienti residenti in ASL Roma 1** e pazienti di altre ASL trasportabili)
e-mail: nuvac@aslroma1.it e p.c. ausili.comunicazione@aslroma1.it

oppure

- ⇒ **altro Nucleo di Valutazione** a scelta del centro inviante, **per pz residenti in altre ASL**
⇒ e-mail: _____

N.B. Il Nucleo di Valutazione deve essere in grado di effettuare una valutazione di confronto con i quattro puntatori oculari previsti da gara ASL Roma 1 o di almeno tre ausili per la CAA differenti dai puntatori oculari e produrre una relazione, con indicazione dell'ausilio prescelto.

Paziente:

Cognome _____ Nome _____

Proposta di percorso valutata presso:

☐ Centro di Riferimento _____ ☐ Ambulatorio per la CAA - ASL Roma 1

Valutato da Dr/Prof _____ il _____

Patologia di base _____

Valutazione del deficit di comunicazione verbale _____

Valutazione del deficit motorio globale _____

Giudizio sulle funzioni cognitive _____

Giudizio globale sulla possibilità di giovare di un percorso di CAA _____

☐ ELEGGIBILE

☐ NON ELEGGIBILE per le seguenti motivazioni.....

Data _____ Timbro e Firma _____