



Modulo Attivazione Percorso

Al Centro di riferimento per le Malattie Rare della Regione Lazio per (specificare patologia) (Elenco 1)

Fax _____ e-mail _____

Oppure, in caso di patologie senza centro di riferimento, direttamente a:

Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa ASL RM1
 Fax 0633064377 e-mail 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 _____ fax _____ email _____

Chiede l'attivazione del percorso valutativo per la CAA del paziente:

FUNZIONALITÀ VERBALE

data inizio difficoltà di comunicazione: _____

data inizio impossibilità di comunicazione: _____

disartria Grave | Media | Lieve

disfonia Grave | Media | Lieve

altro da segnalare sul linguaggio: _____

FUNZIONALITÀ MOTORIA ARTI

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

Capo Minimi | Ridotti | Normali

Mano destra Minimi | Ridotti | Normali

Singole dita a Minimi | Ridotti | Normali

dx

Mano sinistra Minimi | Ridotti | Normali

Singole dita a Minimi | Ridotti | Normali

sn

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**

Presenza di patologie dell'occhio **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**

Se SI, specificare il livello _____

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

Diagnosi neurologica definita _____

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

Livello di funzionamento adattivo attuale: insufficiente sufficiente buono ottimo

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

Iniziativa comunicativa: insufficiente sufficiente buono ottimo

FUNZIONI COGNITIVE

ETÀ ADULTA – DISABILITÀ ACQUISITA

Deterioramento Cognitivo Assente Lieve Moderato Grave

ETÀ EVOLUTIVA

Ritardo Mentale Assente Lieve Moderato Grave

**GIUDIZIO COMPLESSIVO SULLE COMPETENZE COMUNICATIVE
E PARERE SULLA POSSIBILITA' DI GIOVARSI DI UN PERCORSO DI CAA**

Nessuna Scarse Sufficienti Buone Ottime

Data ____/____/____

Timbro e firma medico 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, 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, studio e ricerca, 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.*
- 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 direttamente 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.

5. 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

Luogo e data _____

Firma di chi rilascia il consenso _____

Firma dell'operatore sanitario che ha condotto il colloquio _____