ALLEGATO B

SCHEDA SALUTE

(da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale o Medico di struttura pubblica o Medico convenzionato)

Per l'attribuzione dei punteggi relativi ai bambini da 0 a 3 anni occorre considerare solo le voci significative per l'età del bambino (es. attribuire punteggio "0" alla voce "è capace di vestirsi o spogliarsi da solo?" se anche i bambini non disabili della stessa età non ne sono capaci, come per il parlare, mangiare, camminare, fare il bagno da solo, ecc.)

Cognome: _____ **Nome:** _____

Nato a: _____ **il:** ___/___/_____ **Sesso:** ____

Residente in: _____ **Via:** _____ **n.:** _____

Codice Fiscale: _____

Data di rilascio certificazione L. 104/92 art. 3 comma 3: ___/___/_____

Diagnosi: _____

AREA A: Sensi e linguaggio

1. Presenta compromissione della capacità visiva e non correggibile da protesi?

0. ☐ Non presenta alcuna compromissione della capacità visiva
1. ☐ Presenta una parziale compromissione della capacità visiva (decimista)
2. ☐ Presenta una marcata compromissione della capacità visiva (ventesimista)
4. ☐ Presenta una totale compromissione della capacità visiva (cieco assoluto)

2. È in grado di distinguere e reagire coerentemente a voci, suoni, rumori?

0. ☐ Si
2. ☐ Parzialmente
3. ☐ Per nulla

3. È in grado di reagire coerentemente alle sollecitazioni di natura tattile? (es. E' ipo/iper sensibile alle stimolazioni sensoriali)?

0. ☐ Si
2. ☐ Parzialmente
3. ☐ Per nulla

4. È in grado di parlare correttamente e coerentemente in modo comprensibile da terzi non familiari?

0. ☐ Si, è in grado (Espressione verbale soddisfacente)
2. ☐ Alcune volte (L'articolazione della parola è molto difficoltosa, quasi incomprensibile)
4. ☐ No, non è mai in grado (Non vocalizza per niente o vocalizza per attirare l'attenzione su di sé)

AREA B: Esecuzione delle attività quotidiane

Vestirsi e svestirsi

5. È capace di vestirsi e di spogliarsi da solo/a? Cioè di prendere i vestiti o il pigiama, di indossarli e toglierli?

0. ☐ È completamente autonomo nel vestirsi e svestirsi: non ha mai bisogno del minimo aiuto
1. ☐ Collabora, ma ha bisogno di aiuto o di supervisione
2. ☐ Va completamente assistito/a in tutto (Es. tetraplegico, focomelico, disabile intellettivo grave)

Alimentazione

6. Mangia senza bisogno di aiuto?

0. ☐ Si, è completamente autonomo
1. ☐ Necessita di aiuto parziale (per le operazioni più difficili quali tagliare, sbucciare)
2. ☐ Assistenza ed aiuto sono sempre necessari, va aiutato in tutto e va imboccato

7. Per l'alimentazione necessita di particolare somministrazione dei pasti e preparazione dei cibi a causa di problemi di masticazione, deglutizione, digestione?

0. ☐ No, non necessita di somministrazione, preparazione particolare dei cibi
1. ☐ Necessita di parziale somministrazione, preparazione dei cibi (si nutre con liquidi e cibi molli, qualche volta mangia cibi solidi)
2. ☐ Si, necessita di totale preparazione particolare dei cibi (Si nutre solo con liquidi e con cibi molli che digerisce con grande lentezza)

Locomozione

8. Riguardo alla locomozione:

0. ☐ E' completamente autonomo nel camminare, nella locomozione
1. ☐ L'andatura è instabile
2. ☐ L'andatura è molto instabile, usa degli appoggi
3. ☐ Necessita di aiuto personale solo negli spostamenti più impegnativi (ad es. scendere le scale, entrare o uscire dal letto)
4. ☐ Necessita di aiuto personale anche per fare pochi passi
5 ☐ Non è in grado di deambulare autonomamente, neppure con la massima assistenza; o si muove sempre autonomamente in carrozzina
6. ☐ Si muove sempre in carrozzina con accompagnatore. Oppure presenta iperattività costante (da autismo e/o da sindromi collegate)
7. ☐ E' allettato

Orientamento spaziale

9. E' in grado di orientarsi nell'ambiente circostante in autonomia?

0. ☐ Si, è in grado di orientarsi
1. ☐ E' incerto
2. ☐ No, non è in grado di orientarsi

Prensione e manualità

10. Riesce a individuare, afferrare, mantenere e manipolare gli oggetti?

0. ☐ Con sicurezza
1. ☐ Parzialmente
2. ☐ Non riesce nell'esecuzione di operazioni manuali complesse
4. ☐ Non vi riesce per niente

Igiene personale, continenza

11. È capace di fare il bagno da solo/a, lavarsi, sistemarsi?

0. ☐ Si, è completamente autonomo/a nell'igiene personale
1. ☐ Deve essere aiutato/a o assistito/a parzialmente
2. ☐ Deve essere aiutato/a in tutto, necessita di assistenza completa

12. Ha incontinenza urinaria?

0 ☐ Mai
1. ☐ Talvolta
2. ☐ Sempre

13. Possiede il controllo degli sfinteri?

0. ☐ Possiede il controllo completo
1. ☐ Possiede il controllo parziale
2 .☐ Non possiede per nulla il controllo sfinterico

AREA C: Vita di relazione

Reazioni emotive, comunicazione, comprensione

14. **Esprime ed attua sentimenti**, atteggiamenti e comportamenti adeguati e consoni alle situazioni ambientali e ai contesti sociali (ad esempio non esprime e non attua atteggiamenti/comportamenti di autodifesa da pericoli, o comportamenti stereotipati, o di auto/etero aggressività, ecc.)?

0. ☐ Si
1. ☐ Parzialmente e con difficoltà
2. ☐ Per nulla

15. **Riesce sempre a farsi capire dagli altri** e a far capire cosa vuole nei rapporti interpersonali? (farsi capire/far capire = indicare, descrivere, spiegare, precisare, comprendere)

0. ☐ Si
1. ☐ Parzialmente e con difficoltà
3. ☐ Per nulla

Memoria, Orientamento Temporale, Concentrazione

16. Ha il senso dell'orientamento temporale?

0. ☐ Si
1. ☐ Parzialmente
2. ☐ No

17. È in grado di mantenere l'attenzione e la concentrazione rispetto ad un dato compito/attività?

0. ☐ Si
1. ☐ Parzialmente
2. ☐ No

18. E' in grado di ricordare in modo da poter svolgere e gestire le attività quotidiane in autonomia?

0. ☐ Si
1. ☐ Parzialmente
2. ☐ No

PUNTEGGIO TOTALE _____

Il Medico

(Timbro e firma)

_____