DISTRETTO DI LECCO
Ambiti di Bellano, Lecco e Merate

DGR 5791/2021 MISURA B2 A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Segnalazione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di famiglia

Il MMG/PDF Dr _____

segnala

che il sig/sig.ra _____

Nato/a il _____ Residente a _____

È affetto/a da _____

Cadute negli ultimi sei mesi no □ si □ (se maggiore di 1) n. ____
Accessi in Pronto Soccorso negli ultimi sei mesi no □ si □ (se maggiore di 1) n. ____
Ricoveri ospedalieri negli ultimi sei mesi no □ si □ (se maggiore di 1) n. ____

Altro da segnalare:

SCHEDA DI ORIENTAMENTO*

MORBILITÀ	**assente o lieve** (nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività)	**moderato** (la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività**)**	**grave** (la compromissione d'organo/sistema produce disabilità)	**molto grave** (la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza)
ALIMENTAZIONE	**autonomo**	**con aiuto**	**dipendenza severa**	**nutrizione enterale o parenterale**
ALVO E DIURESI	**continenza**	**continenza per alvo incontinenza urinaria**	**incontinenza stabile per alvo e diuresi** (uso pannoloni)	**incontinenza stabile per alvo e diuresi** (catetere vescicale e/o evacuazione assistita)
MOBILITÀ	**autonomo**	**con minimo aiuto**)	**con ausili**	**allettato**
IGIENE PERSONALE	**autonomo**	**con minimo aiuto**	**con aiuto moderato**	**totale dipendenza**
STATO MENTALE E COMPORTAMENTO	**collaborante capace di intendere e volere**	**collaborante ma con difficoltà a capire le indicazioni**	**non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni**	**non collaborante e gravemente incapace di intendere e volere / segni di disturbi comportamentali**

***Nel caso di minori la dipendenza va valutata in relazione alle funzioni e alle capacità proprie dell'età**

Data ___/___/____ Timbro e Firma