

Allegato 2

Valutazione della condizione di dipendenza vitale (articolo 3, comma 2, lettera i Decreto Ministeriale 26 settembre 2016) da utilizzare per tutte le patologie e i casi che non rientrano nelle tabelle dell'allegato 1  
Da compilare a cura dello Specialista di riferimento di struttura sanitaria pubblica

Si certifica che il /la SIGNOR/A

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Affetto/a da \_\_\_\_\_

Ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza vitale ha le seguenti compromissioni:

UNO almeno dei seguenti domini (barrare la casella corrispondente):

1. MOTRICITÀ (Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana )  
(Scala ADL- Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana)  
 Le attività della vita quotidiana sono svolte completamente da un'altra persona
2. STATO DI COSCIENZA (Compromissione severa o persona non cosciente)  
 Raramente prende decisioni  
 Mai prende decisioni  Persona non cosciente

ed UNO dei seguenti altri domini (barrare la casella corrispondente):

3. RESPIRAZIONE

- Necessità di aspirazione quotidiana  
 Presenza di Tracheostomia

4. NUTRIZIONE

- Necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi  
 Combinata orale e enterale/parenterale  
 Solo tramite sondino naso – gastrico (SNG)  
 Solo tramite gastrostomia (es. PEG)  
 Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

NB: Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in almeno uno dei domini di cui ai punti 1 e 2 ed in almeno uno dei domini di cui ai punti 3 e 4.

Note.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del compilatore \_\_\_\_\_