



### SCHEDA SALUTE

*(da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale)*

Per i bambini da 0 a 3 anni la scheda va compilata solo se il medico ritenga che per la gravità o particolarità della patologia del bambino siano necessari da parte della famiglia compiti di cura e assistenza superiori rispetto a quelli normalmente prestatati ai bambini non disabili della stessa età.

Per l'attribuzione dei punteggi 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: LULA Via: \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Data di rilascio certificazione definitiva 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.  Sì
- 2.  Parzialmente
- 3.  Per nulla

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

- 0.  Sì
- 2.  Parzialmente
- 3.  Per nulla



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

- 0.  Sì, 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.  Sì, 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.  Sì, 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' allattato

#### 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.  Sì  
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.  Sì  
1.  Parzialmente e con difficoltà  
3.  Per nulla

Memoria, Orientamento Temporale, Concentrazione

**16. Ha il senso dell'orientamento temporale?**

0.  Sì  
1.  Parzialmente  
2.  No

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

0.  Sì  
1.  Parzialmente  
2.  No

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

0.  Sì  
1.  Parzialmente  
2.  No

**PUNTEGGIO TOTALE** \_\_\_\_\_



*COMUNE DI ONANI*  
*Ufficio Servizi Sociali*

*MODULO DI DOMANDA L. 21 MAGGIO 1998, n. 162*  
*Allegato 2*

**Il Medico di Medicina Generale**  
*(Timbro e firma)*

---