

**CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO PER IL CONCORSO ALLA SPESA PER L'EFFETTUAZIONE
DI PRESTAZIONI A CARATTERE FISIOTERAPICO A DOMICILIO IN FAVORE DI SOGGETTI CHE
PRESENTANO UN QUADRO CLINICO GRAVE**

(Assistenza sanitaria aggiuntiva – Prestazione n. 25)

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____

- medico specialista in fisiatria dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (in caso di pazienti maggiori di età);
 medico specialista in Neuropsichiatria infantile dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (in caso di pazienti minori di età),
dichiaro

di avere in cura il/la Signor/a _____

nato/a a _____ il _____ che si trova

- IN STATO VEGETATIVO O A MINIMA RESPONSIVITA'
 TETRAPLEGIA DA LESIONE MIDOLLARE
 SCLEROSI MULTIPLA IN FASE PROGRESSIVA MOLTO AVANZATA
 MIOPATIE CON PERDITA DELL'AUTONOMIA MOTORIA
 MALATTIA RARA (ai sensi dell'ALLEGATO 7 DEL DPCM 12/1/2017): _____
(indicare la patologia)

Cod. Barthel index pari a _____

- SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

Cod. ALS-FRS pari a _____

Item 8:

camminare 1 0

Item 10:

respirare 0 1 2

- che il/la paziente da me seguito/a ha necessità di sottoporsi a prestazioni di natura terapeutico-riabilitativa in regime domiciliare

(indicare il tipo di riabilitazione)
- che quanto da me prescritto risulta appropriato alla cura della patologia da cui è affetto/a il/la paziente da me seguito/a ed in linea con gli standard di buona pratica clinica
- che la presente certificazione, in originale viene trattenuta nell'unità operativa di _____ Struttura Ospedaliera/ambulatoriale denominata _____ e inviata all'Ufficio preposto tramite mail:<ufficioassistenzaaggiutiva@apss.tn.it>
- che la presente certificazione, in originale verrà inviata direttamente dallo Scrivente, all'Ufficio Assistenza Aggiuntiva -CSS- Viale Verona Palazzina B – 38123 TRENTO
- che la certificazione in originale è stata consegnata al paziente

Data _____

Timbro e firma per esteso (leggibile)