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 per patologia della 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 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 respirazione quotidiana
   ☐ Presenza di Tracheostomia

4. **NUTRIZIONE**

   ☐ Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi (come da linee guida allegate)
   ☐ 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 e2 ed in almeno uno di cui ai punti 3 e 4.*

Note……..

Luogo e data_____

Firma e timbro del compilatore_____

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.0021735 DEL 12-11-2026 in partenza