

Relazione del medico curante di attestazione dello stato di non autosufficienza permanente

Si prega di redigere la presente relazione fornendo tutte le notizie utili ad illustrare la causa della perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato. Qualora in possesso di referti medici, si prega di allegarli.

Cognome e nome dell'Assicurato: _____ Età anni: _____

Codice Fiscale: _____ Data di nascita: _____

Professione: _____ Stato Civile: _____

1. a) Lei è medico abituale dell'Assicurato? SI NO

b) Da quale epoca? _____

2. a) Oltre a lei o precedentemente a lei, l'Assicurato è stato curato da altri medici? SI NO

b) Quali? (indicare in quale epoca, per quali malattie e possibilmente anche il loro attuale domicilio)

3. a) Quale è stata l'anamnesi patologica remota (indicare eventuali patologie pregresse e le relative date di insorgenza)

4. a) Quale è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza?

b) Quando si è verificato? (indicare con precisione la data di insorgenza)

5. a) Quale è stata la sintomatologia all'inizio della malattia e quale il suo decorso?

6. a) Sono state eseguite indagini diagnostiche SI NO

b) indicare epoca, luogo, nominativo della struttura medica e trascrivere i referti più significativi

c) Nel caso vi siano stati ricoveri, precisare anno, luogo delle eventuali degenze e relativa diagnosi

d) Se si sono resi necessari interventi chirurgici o trattamenti terapeutici, specificare il tipo di intervento e le cure effettuate

e) Quali diagnosi sono state fatte? Quali patologie sono state riscontrate?

Verifica delle ADL, (per ogni "Activity of Daily Living" che l'Assicurato non è più in grado di di compiere autonomamente, barrare una sola delle tre caselle proposte):

- A) Muoversi nella stanza:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato, nonostante l'utilizzo di stampelle o di una sedia a rotelle, necessiti dell'aiuto di un'altra persona per la propria mobilità
1. si sposta all'interno della stanza senza assistenza (eventualmente con l'utilizzo di stampelle o di una sedia a rotelle)
 2. è in grado di compiere spostamenti all'interno della stanza se aiutato da un'altra persona
 3. non è in grado di compiere spostamenti all'interno della stanza (ad esempio, perchè allettato)
- B) Alzarsi e mettersi a letto:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia in grado di recarsi a letto o di lasciare il letto senza l'aiuto di un'altra persona
1. si reca a letto e lascia il letto senza assistenza (eventualmente con l'utilizzo di stampelle, deambulatore o appositi ausili tecnici)
 2. si reca a letto e lascia il letto se aiutato da un'altra persona
 3. allettato, non esce dal letto
- C) Vestirsi e svestirsi:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia in grado di vestirsi o svestirsi senza l'aiuto di un'altra persona nonostante l'uso di abiti idonei
1. prende i vestiti e si veste e/o si sveste completamente senza bisogno di assistenza
 2. prende i vestiti e si veste e/o si sveste completamente senza bisogno di assistenza, eccetto che per allacciare o slacciare le scarpe
 3. ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi e/o svestirsi oppure rimane parzialmente svestito
- D) Consumare cibi e bevande:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia in grado di mangiare e di bere senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di posate e recipienti per bere idonei
1. consuma cibi e bevande senza assistenza (anche con l'utilizzo di posate e recipienti per bere idonei)
 2. necessita di assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane o sbucciare la frutta
 3. richiede assistenza per portare il cibo in bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale
- E) Lavarsi, pettinarsi e farsi la barba:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato debba essere lavato, pettinato ed eventualmente rasato da un'altra persona, non essendo in grado di eseguire i movimenti del corpo necessari
1. è in grado di compiere autonomamente gli atti di igiene personale, si pettina e si fa la barba da solo
 2. ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso oppure solo pettinarsi o farsi la barba)
 3. ha bisogno di assistenza nella pulizia per più di una parte del corpo (compreso pettinarsi e farsi la barba)
- F) Espletare autonomamente le funzioni fisiologiche** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia autonomamente in grado di espletare le normali funzioni fisiologiche e tutti gli atti di elementare igiene personale. In caso di una sola incontinenza (o dell'intestino o della vescica) compensabile con l'uso di assorbenti igienici, non sussiste lo stato di non autosufficienza di cui al presente punto
1. controlla completamente feci e urine
 2. presenta perdita occasionale eventualmente compensata con assorbenti igienici
 3. necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente

Nome e cognome del medico:

Indirizzo:

Comune:

Prov.:

C.A.P.

Telefono:

email:

Luogo e data

Timbro e firma del medico