(da rilasciarsi su carta intestata della struttura che dimette)

**SCHEDA DI CERTIFICAZIONE DI PERSONA IN STATO VEGETATIVO con proposta di ammissione alla fase degli esiti**

Modulo regionale circolare n.2 del 28/1/2008 D.G.R. 6220/2007

1. **Dati anagrafici della persona**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e Nome |  |
| Data e Luogo di nascita |  |
| Comune di residenza |  |
| Codice Fiscale |  |
| Famigliare di riferimento (Nome indirizzo e numero di telefono) |  |

1. **La persona è da considerarsi in condizioni di stato vegetativo coerentemente con criteri stabiliti dalla DGR n. VIII 6220 del 19/12/2007.**

 SI □ No □

1. **L’esordio dello stato vegetativo è attribuibile ad una grave cerebro lesione Acquisita?**

 SI □ No □

1. **Data dell’evento acuto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Natura della grave cerebro lesione**

Traumatica □

Non traumatica □

 Encefalopatia anossica □

 Evento cerebrale acuto ischemico □

 Evento cerebrale acuto emorragico □

 Altro evento □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Situazione respiratoria:**

Respiro spontaneo (con o senza tracheostomia e con o senza ossigenoterapia)

Ventilazione meccanica invasiva

Ventilazione meccanica non invasiva

1. **Lesioni da decubito**

assenti **□** presenti □

1. **Protezione giuridica**

avviata □ completata □ Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Procedure riconoscimento invalidità civile e indennità di accompagnamento**

□ avviata □ completata

1. **Glasgow Coma Scale (barrare il punteggio corrispondente)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **APERTURA DEGLI OCCHI**
 |  |
| Spontanea | 4 |
| Agli stimoli verbali | 3 |
| Al dolore  | 2 |
| Nessuna | 1 |
| 1. **RISPOSTA VERBALE**
 |  |
| Orientata, appropriata | 5 |
| Confusa | 4 |
| Parole inappropriate | 3 |
| Suoni incomprensibili | 2 |
| Nessuna | 1 |
| 1. **RISPOSTA MOTORIA**
 |  |
| Obbedisce al comando | 6 |
| Localizza il dolore | 5 |
| Retrae al dolore | 4 |
| Flette al dolore | 3 |
| Estende al dolore | 2 |
| Nessuna | 1 |
| **Punteggio Totale** |  |

N.B. la normativa regionale vigente (DGR n.2124/2011 e DGR n.4222/2012) stabilisce che, in caso di dubbio, per la diagnosi differenziale risulta necessario associare alla GCS altre due scale di valutazione, la Disability Rating Scale (DRS) e la Coma/Near Coma Scale (CNC).

* **Si dichiara CONCLUSA LA FASE RIABILITATIVA**
* **Il paziente ha raggiunto una situazione di stabilità clinica che ne permette la dimissione ed è DICHIARATO PERSONA CON GRAVISSIMA DISABILITA’**
* **Si propone pertanto l’ammissione della persona in Stato Vegetativo ALLA FASE DEGLI ESITI realizzata presso le unità di offerta sociosanitarie ai sensi della DGR 4222/2012 (**Barrare una delle seguentiopzioni, se già definita)**:**

□ inserimento in struttura residenziale sociosanitaria (RSA/RSD) in posto letto del Nucleo dedicato per l’assistenza alle persone in SV.

□ Inserimento in struttura residenziale sociosanitaria (RSA/RSD) in posto letto del Nucleo dedicato o in posto letto ordinario attrezzato per l’assistenza alle persone in SV, stante la sussistenza degli specifici requisiti previsti dalle Linee Guida (D.G.R. 4222/12).

□ Rientro al domicilio e Ammissione alla Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

**Data Timbro e firma del Medico compilatore**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**