

**A.S.L. TO5**

Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

Sede legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO) - C.F. e P.I. 06827170017

Allegato 5

MODULO DI VALUTAZIONE FINALIZZATO ALLA PRESCRIZIONE DELLA CARROZZINA ELETTRICA PER USO ESTERNO/INTERNO/SCOOTER

ASSISTITO _____ nato il _____

Il sottoscritto _____ Medico Specialista di _____

_____ del P.O./Distretto di _____

certifica quanto segue:

Abilità motorie

☐ Mantiene la posizione seduta in carrozzina in modo sicuro e funzionale al comando della carrozzina	SI ☐ NO ☐
☐ Utilizza una parte del corpo o una modalità per comandare l'ausilio in modo veloce ed efficace, tale da permettere cambi di direzione, interruzione di marcia o retromarcia di fronte ad ostacoli	SI ☐ NO ☐
☐ Utilizzo degli arti superiori: indicare l'arto più idoneo all'utilizzo del comando (di regola joystick)	Destra ☐ Sinistra ☐

Abilità visive e uditive

☐ Visus/udito idoneo anche con uso di lenti o protesi acustiche come da documentazione comprovante abilità visive e uditive	SI ☐ NO ☐
☐ si richiede valutazione specialistica Oculistica	SI ☐ NO ☐
☐ ORL	Destra ☐ Sinistra ☐

Abilità neuropsichiche

☐ Motivazione allo spostamento autonomo, Percezione del pericolo, Comprensione di una consegna semplice contestuale, capacità di dividere l'attenzione, comprensione del rapporto causa-effetto, Controllo visivo sullo spostamento prodotto, Percezione spaziale, Orientamento nello spazio come da documentazione comprovante	SI ☐ NO ☐
☐ si richiede valutazione specialistica • Neuropsichiatria infantile nel minore • Neurologica nell'adulto • Neurologica/Geriatria nell'anziano	Si ☐ NO ☐ Si ☐ NO ☐ Si ☐ NO ☐

Firma e timbro del Medico Prescrittore