

**A.S.L. TO5**Azienda Sanitaria Locale  
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO

P.zza Pellico, 1 – 10023 Chieri

Sede legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO) - C.F. e P.I. 06827170017 - [www.aslto5.piemonte.it](http://www.aslto5.piemonte.it)  
centralino +39 011 94291 – pec [protocollo@cert.aslto5.piemonte.it](mailto:protocollo@cert.aslto5.piemonte.it) – e-mail [protocollo@aslto5.piemonte.it](mailto:protocollo@aslto5.piemonte.it)

**Allegato 1****MODULO DI VALUTAZIONE FINALIZZATO ALLA PRESCRIZIONE DEL SOLLEVATORE**

ASSISTITO \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Medico Specialista in \_\_\_\_\_

del P.O./Distretto di \_\_\_\_\_ certifica che l'assistito si trova nell'impossibilità di compiere in modo autonomo operazioni della vita quotidiana che comportino sollevamenti e trasferimenti e contemporanea esposizione da parte del caregiver a sforzi superiori a quelli che è capace di sopportare nelle manovre di sollevamento e spostamento dell'assistito.

**STATO CLINICO E FUNZIONALE:**

Totalmente dipendente nelle attività motorie e funzionali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Caregiver idoneo all'utilizzo del sollevatore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Per la prescrizione del sollevatore elettrico è necessario che sia presente almeno uno dei requisiti sottostanti:	
Obesità (BMI > 30.1) BMI _____ (___ Kg/ ___ m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Collaborante	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presenza di Disturbi del comportamento (irrequietezza, agitazione psicomotoria, aggressività)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presenza di problematiche sanitarie del caregiver che rendono difficoltoso l'utilizzo del sollevatore manuale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**CONTESTO DOMICILIARE:**

Spazi idonei all'utilizzo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presenza letto ortopedico o letto idoneo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

\_\_\_\_\_  
Firma e Timbro Medico Prescrittore