



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
centralino +39 011 94291 – pec protocollo@cert.aslto5.piemonte.it – e-mail 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 ²)	<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