



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 2

MODULO DI VALUTAZIONE FINALIZZATO ALLA PRESCRIZIONE DEL MONTASCALE

ASSISTITO _____ NATO IL _____

Il sottoscritto _____ Medico Specialista di _____

del P.O./Distretto di _____ certifica quanto segue:

STATO CLINICO E FUNZIONALE:

Totalmente dipendente nelle attività motorie e funzionali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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

CONTESTO DOMICILIARE:

Rampe interne all'abitazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Rampe esterne all'abitazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Presenza di scale	<input type="checkbox"/> rettilinee	<input type="checkbox"/> curvilinee
Presenza di ascensore idoneo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
L'ascensore installato non si adatta alle specifiche esigenze dell'assistito in carrozzina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Scale non superabili mediante installazione di rampa fissa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Necessità di sopralluogo/prova del tecnico prima della prescrizione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

CARE-GIVER: Grado di parentela _____

Sig./Sig.ra _____ tel. _____

Presenza di problematiche sanitarie o difficoltà nell'utilizzo di un montascale SI NO

Luogo e data _____

Firma e Timbro Medico Prescrittore
