



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 4

**MODULO DI VALUTAZIONE FINALIZZATO ALLA PRESCRIZIONE DELLA CARROZZINA A MOTORE
ELETTRICO AD USO ESTERNO E UNITA' DI PROPULSIONE**

ASSISTITO _____ nato il _____

Il sottoscritto _____ Medico Specialista di _____

del P.O./Distretto di _____

certifica quanto segue (croettare la barra/le voci corrispondenti):

Abilità motorie

<input type="checkbox"/> Mantiene la posizione seduta in carrozzina in modo sicuro e funzionale al comando della carrozzina	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Utilizzo degli arti superiori: indicare l'arto più idoneo all'utilizzo del comando (di regola joystick)	Destra <input type="checkbox"/> Sinistra <input type="checkbox"/>

Abilità visive e uditive

<input type="checkbox"/> Visus/udito idoneo anche con uso di lenti o protesi acustiche come da documentazione comprovante abilità visive e uditive	
<input type="checkbox"/> valutazione specialistica d'idoneità con esito favorevole effettuata da Specialista Oculista e ORL	

Abilità neuropsichiche

<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
valutazione specialistica d'idoneità con esito favorevole effettuata da: <input type="checkbox"/> Neuropsichiatra infantile nel minore <input type="checkbox"/> Neurologo nell'adulto <input type="checkbox"/> Neurologo o Geriatra nell'anziano	

Luogo e data _____

Firma e timbro Medico Prescrittore