



**PROGETTO DELLA REGIONE LAZIO  
"FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE NEI PAZIENTI CON  
GRAVI PATOLOGIE NEUROMOTORIE"**

Azienda "Complesso Ospedaliero S. Filippo Neri"  
[ausili.comunicazione@sanfilipponeri.roma.it](mailto:ausili.comunicazione@sanfilipponeri.roma.it)  
0633062387 - 2811

**Modulo 1: Attivazione del Percorso**

Al Centro di Riferimento  
Regionale per \_\_\_\_\_

(specificare la patologia)

presso la Struttura \_\_\_\_\_

(specificare la struttura sanitaria)

@ \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Pc

ACO San Filippo Neri

[ausili.comunicazione@sanfilipponeri.roma.it](mailto:ausili.comunicazione@sanfilipponeri.roma.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(nome e cognome dello specialista inviante)

in qualità di \_\_\_\_\_

(specificare professionalità e ruolo)

operante presso \_\_\_\_\_

(specificare la struttura)

tel \_\_\_\_\_

fax. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

chiede l'attivazione del percorso per l'erogazione di ausili per facilitare la comunicazione nelle persone con gravi patologie neuromotorie (D.G.R. n°393 del 22/05/2009) per il/la sig./sig.ra

**INFORMAZIONI ANAGRAFICHE**

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

eventuale familiare di riferimento \_\_\_\_\_

(nome e cognome)

recapiti telefonici del familiare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SANITARIE**

Diagnosi della patologia \_\_\_\_\_

Condizioni generali \_\_\_\_\_

Tracheotomia

sì

no

Data della tracheotomia \_\_\_\_\_

Allettato/a

sì

no

Note:

Trasportabile senza gravi implicazioni per lo stato di salute della persona

sì

no

**DIFFICOLTÀ DI COMUNICAZIONE**

data inizio difficoltà di comunicazione: \_\_\_\_\_

data inizio impossibilità di comunicazione: \_\_\_\_\_

disartria Grave  Media  Lieve disfonia Grave  Media  Lieve 

altro da segnalare : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FUNZIONALITÀ MOTORIA**sono presenti movimenti volontari nei seguenti distretti (*barrare ove presenti*)CAPO Minimi  Ridotti  Normali 

ARTO SUPERIORE DESTRO

• Mano Minimi  Ridotti  Normali • Singole dita Minimi  Ridotti  Normali 

ARTO SUPERIORE SINISTRO

• Mano Minimi  Ridotti  Normali • Singole dita Minimi  Ridotti  Normali 

ARTO INFERIORE DESTRO

• Piede Minimi  Ridotti  Normali 

ARTO INFERIORE SINISTRO

• Piede Minimi  Ridotti  Normali 

Altro da segnalare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**POSTURA**La persona è in grado di mantenere la postura seduta **SI**  **NO** Se **SI** per quante ore? \_\_\_\_\_**FUNZIONALITÀ VISIVA (*barrare per conferma*)**

E' presente il movimento coniugato degli occhi :

• in tutte le direzioni **SI**  **NO** • solo in alcune direzioni **SI**  **NO** Porta lenti oftalmiche di correzione **SI**  **NO** Chiude/apre volontariamente le palpebre **SI**  **NO** Presenza di patologie dell'occhio **SI**  **NO** 

Se sì, indicare quali: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altro da segnalare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUSILI TECNOLOGICI**Usa già un ausilio tecnologico **SI**  **NO** Se **SI** specificare quale: \_\_\_\_\_La persona ha esperienza di uso dell'informatica? **SI**  **NO**

**RACCORDO ANAMNESTICO E OBIETTIVITA' RELATIVI ALLA PATOLOGIA NEUROLOGICA DIAGNOSTICATA**  
*(da compilarsi a cura del neurologo per i casi che non hanno un Centro di Riferimento Regionale individuato)*

Esordio : \_\_\_\_\_

Evoluzione clinica \_\_\_\_\_

Patologie concomitanti rilevanti per la funzionalità motoria, cognitiva e visiva \_\_\_\_\_

Stabilità clinica \_\_\_\_\_

Livello di funzionamento adattivo attuale \_\_\_\_\_

Responsività, contatto con l'ambiente, iniziativa comunicativa \_\_\_\_\_

**FUNZIONI COGNITIVE**

**A) ETÀ ADULTA – DISABILITÀ ACQUISITA**

Deterioramento Cognitivo      Presente   
   Assente

**B) ETÀ EVOLUTIVA**

Ritardo Mentale      Assente   
   Lieve   
   Moderato   
   Grave

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Firma del Neurologo*

**E' stata rilasciata dal paziente e dai familiari l'autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi L.196/2003;**

il modulo di consenso a tal fine sottoscritto è allegato a pag 4 del presente modulo

Data<sup>(30)</sup> \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Timbro e firma medico inviante*

\_\_\_\_\_

## Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

Gentile Signore/a,

desideriamo informarla che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:** *documentazione dell'evoluzione clinica, diagnosi, cura, prevenzione, riabilitazione, inserimento socio-educativo, statistiche e monitoraggio per la tracciabilità degli ausili consegnati in comodato d'uso, studio e ricerca, supporto formativo per gli altri operatori che seguono la persona, trasmissione alle ditte distributrici degli ausili limitatamente a quanto necessita per le procedure di acquisizione degli ausili più adatti ad ogni paziente.*
- 2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:** *manuale e/o informatizzata;*
- 3. Il conferimento dei dati è facoltativo** sebbene l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata prosecuzione delle prestazioni richieste;
- 4. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003.**

Il sott.o/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### In qualità di:

- persona direttamente interessata al trattamento dei dati personali \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ del signor/a \_\_\_\_\_ perchè non può firmare
- padre/madre del minore \_\_\_\_\_
- tutore del minore/Signor/a \_\_\_\_\_
- amministratore di sostegno del Signor/a \_\_\_\_\_

**Dà il consenso**

**Nega il consenso**

al trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati nella presente informativa.

### Inoltre

**5. Autorizzo alla comunicazione e diffusione dei dati presso:** *Istituzioni, Enti, Associazioni e Gruppi di studio, formazione e ricerca od eventualmente presentati a Congressi e Convegni nei soli casi previsti dalla norma di legge o di regolamento e, in ogni caso, nel rispetto della normativa sulla privacy. La comunicazione dei dati è comunque limitata a quanto strettamente necessario per effettuare gli adempimenti di competenza e il trattamento avviene nel rispetto dei principi di necessità ed indispensabilità.*

**Dà il consenso**

**Nega il consenso**

Luogo e data

Firma di chi rilascia il consenso

Firma del medico che ha  
condotto il colloquio sul consenso