

Azienda Ospedaliera - AUSL-ASL _____

U.O. _____

CERTIFICAZIONE NEUROLOGICA

Per le visite di invalidità civile (L.118/71), Stato di handicap (L.104/92), disabilità a fini lavorativi (L.68/99).

Utilizzabile anche per certificare le condizioni che possono dare luogo all'esonero dalle visite di revisione (L.80/2006 e DM 2 agosto 2007).

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residenza _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Diagnosi: sclerosi multipla _____ Anno della diagnosi: _____

Forma di SM: recidivante-remittente primariamente progressiva secondariamente progressiva

La patologia è: attiva non attiva

Situazione: (RR) con peggioramento senza peggioramento | (PP-SP) con progressione senza progressione

Ricadute nell'ultimo anno? SI NO N° di ricadute? (se SI alla domanda precedente) _____

Recupero dalle ricadute? SI NO

Se NO specificare il problema residuo: _____

Altre patologie: _____

Esame obiettivo neurologico:

Punteggio EDSS: _____

Deambulazione (senza ausilio): _____ m | Deambulazione (con ausilio): _____ m

Capacità di salire le scale: NO SI SI con ausilio - specificare quale: _____

Deambulazione nel proprio domicilio: NO SI SI con ausilio - specificare quale: _____

Deambulazione in ambiente esterno: NO SI SI con ausilio - specificare quale: _____

| SINTOMI | Entità (specificare se lieve, moderata o grave) | Trattamento farmacologico |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Disturbi di motilità (arti superiori) | | |
| <input type="checkbox"/> Disturbi di motilità (arti inferiori) | | |
| <input type="checkbox"/> Disturbi equilibrio e coordinazione motoria fine | | |
| <input type="checkbox"/> Spasticità | | |
| <input type="checkbox"/> Fatica | | |
| <input type="checkbox"/> Disturbi della visione | | |
| <input type="checkbox"/> Disturbi cognitivi | | |
| <input type="checkbox"/> Disturbi della comunicazione | | |
| <input type="checkbox"/> Disturbi della deglutizione | | |
| <input type="checkbox"/> Disturbi sfinterici | | |
| <input type="checkbox"/> Disturbi del tono dell'umore (comprende sia ansia che depressione) | | |
| <input type="checkbox"/> Disturbi sessuali | | |
| <input type="checkbox"/> Disturbi sensitivi | | |
| <input type="checkbox"/> Dolore | | |
| <input type="checkbox"/> Altro | | |

Terapie specifiche per la patologia

Nome e tipo di terapia

indicare se:
endovena, intramuscolo, sottocute, orale

indicare se:
domiciliare, day hospital, ospedaliera

Modalità di somministrazione

Frequenza dei
controlli previsti

Effetti collaterali

Terapie effettuate precedentemente (specificare il motivo del cambio terapia):

Terapia riabilitativa

Tipo di terapia

Modalità

Frequenza della terapia

