**Prescrizione medica per la consegna di una carrozzella per bambini
(Aggiunta al modulo GMFCS per la determinazione del grado di disabilità [GD])**

|  |
| --- |
| **Dati del paziente:** |
| **Cognome:** |       | **Nome:** |       | **Data di nascita:** |       |

|  |
| --- |
| **Diagnosi:** |
|       |

|  |
| --- |
| **Principi generali relativi al presente modulo** |
| * La numerazione delle singole posizioni si riferisce alla prescrizione medica per la consegna di una carrozzella. A causa della classificazione GMFCS dei pazienti fino all'età di 20 anni, i restanti criteri del modulo per la cura dei pazienti di età superiore a 20 anni non devono essere completati.
* Per la valutazione dei diversi criteri, in caso di asimmetrie si tiene conto del lato del corpo maggiormente interessato.
* Nel limite del possibile va presa in considerazione una posizione iniziale seduta, senza assistenza esterna.
* Tutti i criteri vanno valutati senza l'uso di mezzi ausiliari.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Grado della disabilità in base al livello-GMFCS** |
|  |  | **Livello II****(GD I)****[ ]**  |  |  | **Livello III****(GD II)****[ ]**  |  |
|  |  | **Livello IV****(GD III)****[ ]**  |  |  | **Livello V****(GD IV)****[ ]**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **Posizione seduta** |
|  | **Categoria** |  | **b** |  | **c** |
| **2.1**  | **Mobilità del tronco / bacino** | **Leggermente limitata:** | **[ ]**  | **Fortemente limitata o non mobile:** | **[ ]**  |
|  |  | Può modificare leggermente la posizione | Può modificare molto leggermente la posizione o non può modificarla |
| **2.3**  | **Coordinazione del tronco / bacino** | **Lieve atassia del tronco:** Può restare | **[ ]**  | **Grave atassia del tronco:** Può restare | **[ ]**  |
|  |  | seduto senza assistenza per almeno 3 minuti | seduto solo con assistenza o con appoggio |
| **2.4**  | **Scoliosi / inclinazione del bacino** | **Lieve scoliosi** | **[ ]**  | **Media / forte scoliosi** | **[ ]**  |
| **2.5**  | **Tono del tronco** | **Lievemente modificato:** Lievemente | **[ ]**  | **Notevolmente modificato:** Fortemente | **[ ]**  |
|  |  | ipotonico o aumentato (spastico/rigido) | ipotonico o aumentato (spastico/rigido) |
| **2.6** | **Stabilità del tronco** | **Stabilità ridotta:** | **[ ]**  | **Instabile:** | **[ ]**  |
|  |  | Deve essere guidato / sostenuto | Deve essere tenuto / fissato |
| **2.7**  | **Controllo / mobilità dellatesta / del collo** | **Lievemente limitato/a** | **[ ]**  | **Fortemente limitato/a** | **[ ]**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **Estremità superiore: Movimento e posizionamento** |
|  | **Categoria** |  | **b** |  | **c** |
| **3.1** | **Forza** | **Ridotta** | **[ ]**  | **Soppressa, plegia** | **[ ]**  |
| **3.2** | **Tono** | **Lievemente ridotto o aumentato:** | **[ ]**  | **Fortemente ridotto o aumentato:** | **[ ]**  |
|  |  | Ipotonico oppure spastico / rigido | Ipotonico oppure spastico / rigido |
| **3.3** | **Mobilità delle articolazioni** | **Lievemente limitata:** Ampiezza del | **[ ]**  | **Fortemente limitata:** Ampiezza del | **[ ]**  |
|  |  | movimento di una grande articolazione ridotta fino a 50% o aumentata (ipermobilità) | movimento di una grande articolazione ridotta >50% o aumentata (ipermobilità) |
| **3.5** | **Coordinazione** | **Lieve atassia:** Può eseguire movimenti | **[ ]**  | **Atassia grave:** | **[ ]**  |
|  |  | semplici in modo mirato | Non sono possibili movimenti mirati |
| **3.6** | **Contratture** | **Contratture in 1 gruppo di muscoli** | **[ ]**  | **Contratture in > 1 gruppo di muscoli** | **[ ]**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | **Estremità inferiore: Movimento e posizionamento** |
|  | **Categoria** |  | **b** |  | **c** |
| **4.1** | **Forza** | **Ridotta** | **[ ]**  | **Soppressa, plegia** | **[ ]**  |
| **4.2** | **Tono** | **Lievemente ridotto o aumentato:** | **[ ]**  | **Fortemente ridotto o aumentato:** | **[ ]**  |
|  |  | Ipotonico o spastico / rigido | Ipotonico o spastico / rigido |
| **4.3** | **Mobilità delle articolazioni** | **Lievemente limitata:** Ampiezza del | **[ ]**  | **Fortemente limitata:** Ampiezza del | **[ ]**  |
|  |  | movimento di una grande articolazione ridotta fino a 50% o aumentata (ipermobilità) | movimento di una grande articolazione ridotta >50% o aumentata (ipermobilità) |
| **4.5** | **Coordinazione** | **Lieve atassia:** Può eseguire | **[ ]**  | **Atassia grave:** | **[ ]**  |
|  |  | movimenti semplici in modo mirato | Non sono possibili movimenti mirati |
| **4.6** | **Contratture** | **Contratture in 1 gruppo di muscoli** | **[ ]**  | **Contratture in > 1 gruppo di muscoli** | **[ ]**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6.** | **Trasferimento / Trasporto** |
|  | **Categoria** |  | **b** |  | **c** |
| **6.1** | **Trasferimento** | **Necessita dell'aiuto di terzi** | **[ ]**  | **Necessita di diverse persone** | **[ ]**  |
|  |  |  | **o di ausili tecnici** |

|  |  |
| --- | --- |
| **7.** | **Ulteriori informazioni** |
|  | **Categoria** | **y** |  | **z** |
| **7.1** | **Peso** |  |  | **> 140 kg** | [ ]  |
| **7.2** | **Altezza** | **< 150 cm**  | [ ]  | **> 185 cm** | [ ]  |
| **7.3** | **Capacita respiratoria** | **Apporto di ossigeno** | [ ]  | **Ventilazione meccanica** | [ ]  |
| **7.41** | **Amputazioni delle estremità superiori** | **1 estremità** | [ ]  | **2 estremità** | [ ]  |
| **7.42** | **Amputazioni delle estremità inferiori** | **1 estremità** | [ ]  | **2 estremità** | [ ]  |
| **7.5** | **Rischio di decubito** | **Presente** | [ ]  | **Aumentato** | [ ]  |
| **7.6** | **Progressione** | **Lenta** | [ ]  | **Rapida** | [ ]  |
| **7.7** | **Ortesi esistenti** | **1 estremità** | [ ]  | **2 estremità** | [ ]  |
| **7.8** | **Incontinenza** |  |  | **sì** | [ ]  |
| **7.9** | **Dipendenza da accompagnatori** | **1 persona** | [ ]  | **Più persone** | [ ]  |
| **7.10** | **Malformazioni** | **Estremità superiore** | [ ]  | **Estremità inferiore**  | [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8.** | **Obiettivo della fornitura / Impiego** |
| **8.4** | **Limitare la progressione dell'insufficienza posturale** | [ ]  |  |  |  |  |
| **8.7** | **Uso all’esterno** | [ ]  |  |  |  |
| **8.8** | **Scuola / posto di lavoro** | [ ]  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Fornitura per un lungo periodo** | **> 1 anno** | [ ]  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Osservazioni:** |
|       |

|  |
| --- |
| **Firma / Timbro del medico** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Tel.:** |  |  |  |  |
| **Luogo:** |  | **Data:** |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Istituzione / Terapeuta** |
|       |