

**CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO P. 25 PER IL CONCORSO ALLA SPESA PER  
L'EFFETTUAZIONE DI PRESTAZIONI A CARATTERE FISIOTERAPICO A DOMICILIO IN FAVORE DI  
SOGGETTI CHE PRESENTANO UN QUADRO CLINICO GRAVE**  
(da consegnare entro 30 giorni dalla data della sua elaborazione)

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa

- medico specialista in fisiatria ASUIT (in caso di pazienti maggiori di età);  
 medico specialista in Neuropsichiatria infantile DI ASUIT (in caso di pazienti minori di età),  
dichiaro

di avere in cura il/la Signor/a

nato/a a  il  che si trova

- IN STATO VEGETATIVO O A MINIMA RESPONSABILITA'  
 TETRAPLEGIA DA LESIONE MIDOLLARE  
 SCLEROSI MULTIPLA IN FASE PROGRESSIVA MOLTO AVANZATA  
 MIOPATIE CON PERDITA DELL'AUTONOMIA MOTORIA

(indicare la patologia)

- MALATTIA RARA (ai sensi dell'ALLEGATO 7 DEL DPCM 12/1/2017):

Cod. Barthel index pari a

- SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

Cod. ALS-FRS pari a

**Item 8:**

camminare:  1  0

**Item 10:**

respirare:  0  1  2

✓ che il/la paziente da me seguito/a ha necessità di sottoporsi a prestazioni di natura terapeutico-riabilitativa in regime domiciliare

(indicare il tipo di riabilitazione)

✓ che quanto da me prescritto risulta appropriato alla cura della patologia da cui è affetto/a il/la paziente da me seguito/a ed in linea con gli standard di buona pratica clinica

- che la presente certificazione, in originale viene trattenuta nell'Unita operativa di

Struttura Ospedaliera/ambulatoriale denominata  e

inviata all'Ufficio preposto tramite mail: [ufficioassistenzaaggiutiva@asuit.tn.it](mailto:ufficioassistenzaaggiutiva@asuit.tn.it)

- che la certificazione in originale è stata consegnata al paziente

Data

**Timbro e firma per esteso (leggibile)**