

II PRESENTE CERTIFICATO HA LA VALIDITA' DI UN ANNO DALLA DATA DI EMISSIONE (da consegnare al massimo entro 30 giorni dalla data del rilascio)

CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO PER IL CONCORSO ALLA SPESA DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA AUTISMO, PSICOSI INFANTILE, PARALISI CEREBRALE INFANTILE E MALATTIE RARE e SINDROME DI DOWN
(assistenza sanitaria aggiuntiva – prestazione n. 11)

Io sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____ in qualità di

Neuropsichiatra infantile (solo per i pazienti in età evolutiva) operante nella U.O aziendale di _____ o convenzionato con il SSN(sede) _____

Psichiatra Fisiatra (solo per i pazienti in età adulta) operante nella U.O aziendale di _____ o convenzionato con il SSN (sede) _____;

Medico specialista della patologia di cui al punto 6 del presente certificato, del Centro di riferimento di _____ operante nella U.O di _____ (sede) _____

DICHIARO

che il/la Signor/a _____ nato/a a _____ il _____ da me seguito/ visitato è affetto/a da

1. DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
2. PSICOSI INFANTILE
3. PARALISI CEREBRALE INFANTILE
4. SINDROME DI DOWN
5. MALATTIA RARA DI TIPO NEUROLOGICO CERTIFICATA AI SENSI DELL'ALLEGATO 7 DPCM 12/01/2017 _____ (indicare la patologia e codifica)
6. MALATTIA RARA DI TIPO NON NEUROLOGICO CERTIFICATA AI SENSI DELL'ALLEGATO 7 DPCM 12.01.2017 _____ (indicare la patologia e codifica)

con un **elevato grado di compromissione funzionale** e quindi, tenuto conto dei principi di appropriatezza e degli standard di buona pratica clinica

NECESSITA

delle seguenti prestazioni aggiuntive

prestazioni di carattere terapeutico riabilitativo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista | <input type="checkbox"/> Educatore professionale |
| <input type="checkbox"/> Logopedista | <input type="checkbox"/> Tecnico della neuro e psicomotricità in età evolutiva |
| <input type="checkbox"/> Tecnico della riabilitazione psichiatrica | <input type="checkbox"/> Terapista occupazionale |

da effettuarsi:

- in **regime di ricovero o residenziale**
 in **regime ambulatoriale**

con il seguente piano di cura:

prestazioni di supporto ad attività di carattere socio riabilitativo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Attività con animali | <input type="checkbox"/> Interventi educativi |
| <input type="checkbox"/> Musica | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Arti varie | |

INFINE

approvo il piano terapeutico riabilitativo presentato ed allegato predisposto dal professionista a cui l'utente si è rivolto (*facoltativo*);

chiedo al professionista erogatore di inviarmi all'indirizzo _____ una **relazione conclusiva** attestante le attività poste in essere e gli esiti raggiunti.

Dichiaro altresì

Che la presente certificazione, in originale, viene trattenuta nell'unità operativa di _____ Struttura Ospedaliera/ambulatoriale denominata _____ ed inviata all'Ufficio preposto tramite mail:<ufficioassistenzaaggiuntiva@apss.tn.it>

Che la presente certificazione, in originale, verrà inviata direttamente dallo scrivente, all'Ufficio Assistenza Aggiuntiva di Trento

Che la certificazione in originale è stata consegnata al paziente

in fede

data _____

timbro e firma per esteso (leggibile)