

REGIONE CALABRIA

ASL COSENZA

UNITA' OPER. COMPLESSA DI MEDICINA LEGALE

DISTRETTO DI COSENZA

COMMISSIONE PER L'ACCERTAMENTO DELL'HANDICAP
(Legge 5 febbraio 1992, n. 104)

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO :
CERT. DI IDENTITÀ N°

DATI ANAGRAFICI	DATA SEDUTA	25-03-2010	DATA PRESENTAZIONE DOMANDA	02-03-2010 <i>Riv</i>	N. DI PRATICA	<input type="text"/>		
	COGNOME E NOME	<input type="text"/>	SESSO	M				
	LUOGO DI NASCITA	COSENZA	Pr. CS	DATA NASCITA	<input type="text"/>			
	RESIDENZA	<input type="text"/>	PROFESSIONE					
STATO CIVILE		TIPO ACCERTAMENTO	AMBULATORIALE					
Anamnesi	GIÀ RICONOSCIUTO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE RIV AA 4 (QUATTRO) PER: <SINDROME DI WAANDRURG RITARDO NEUROMOTORIO E DEFICIT ACCRESCIMENTO STATURO-PONDERALE AGENESIA CORPO CALLOSO. NECESSITA DI ALIMENTAZIONE ENTERALE TRAMITE SONDINO NASO GASTRICO>. CROMOSOMOPATIA CON DELEZIONE 13							
Esame obiettivo e/o dell'esperto	DISTURBO GRAVE DEL LINGUAGGIO. DIFFICOLTÀ ALLA ALIMENTAZIONE AUTONOMA CON DEFICIT ALLA MASTICAZIONE E DEGLUTIZIONE. RITARDO NELLO SVILUPPO STATURO-PONDERALE CON RITARDO NELLA ACQUISIZIONE POSTERO-MOTORIE.							
Documentazione acquisita	REL CLINICA DEL 18/03/10 DEL P.O. DI CS.							
Accertamenti disposti								
Diagnosi	SINDROME DI WAANDRURG RITARDO NEUROMOTORIO E DEFICIT ACCRESCIMENTO STATURO-PONDERALE AGENESIA CORPO CALLOSO. DELEZIONE DEL CROMOSOMA 13.							
	APPARATI SEDE DI INFERMITA' E PATOLOGIA							
	Cardio circolatorio	<input type="checkbox"/>	Vestibolare	<input type="checkbox"/>				
	Respiratorio	<input type="checkbox"/>	Visivo	<input type="checkbox"/>				
	Digerente	<input type="checkbox"/>	Olfattivo	<input type="checkbox"/>				
	Urinario	<input type="checkbox"/>	Fisiognomico	<input type="checkbox"/>				
	Endocrino	<input type="checkbox"/>	Fonatorio	<input type="checkbox"/>				
	Locomotore arto inferiore	<input type="checkbox"/>	Stomatognatico	<input type="checkbox"/>				
	Locomotore arto superiore	<input type="checkbox"/>	Riproduttivo	<input type="checkbox"/>				
	Locomotore rachide	<input type="checkbox"/>	Patologia immunitaria	<input type="checkbox"/>				
	Nervoso centrale	<input type="checkbox"/>	Patologia neoplastica	<input type="checkbox"/>				
	Nervoso periferico	<input type="checkbox"/>	Patologia congenita e malformativa	<input checked="" type="checkbox"/>				
	Psichico	<input type="checkbox"/>	Patologia sistemica	<input type="checkbox"/>				
	Uditivo	<input type="checkbox"/>						
LA COMMISSIONE CERTIFICA CHE:								
Le minorazioni sono di tipo:								
		NON VALUTABILE	LIEVE	MEDIA	ELEVATA	GRAVE	STABILIZZATA	PROGRESSIVA
FISICO	e di consistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICHICO	e di consistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENSORIALE	e di consistenza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e sono causa di difficoltà di:								
		ASSENTE	LIEVE	MEDIA	ELEVATA	GRAVE		
APPRENDIMENTO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
RELAZIONE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
INTEGRAZIONE LAVORATIVA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e determinato un processo di SVANTAGGIO SOCIALE O EMARGINAZIONE <input checked="" type="checkbox"/>								
Il soggetto presenta pertanto una CAPACITA' COMPLESSIVA RESIDUA <input type="checkbox"/> DISCRETA <input type="checkbox"/> SUFFICIENTE <input checked="" type="checkbox"/> MINIMA <input type="checkbox"/> ABOLITA								
Suscettibile di variazione in rapporto ad interventi riabilitativi e di sostegno								
quindi <u>Necessita</u> di intervento assistenziale permanente continuativo e globale nella sfera individuale e/o di relazione								
Ai sensi della Legge 5.2.1992, n. 104, l'esaminato è riconosciuto:		<input type="checkbox"/> Persona non handicappata		<input type="checkbox"/> Persona handicappata (Art. 3 comma1)		<input checked="" type="checkbox"/> Persona handicappata in situazione di gravità (Art. 3 comma 3)		
				RIVEDIBILITA'		MARZO 2015		
L'esaminato/a: <input type="checkbox"/> Presenta <input checked="" type="checkbox"/> Non Presenta ridotte capacità motorie permanenti								
<input type="checkbox"/> Presenta <input checked="" type="checkbox"/> Non Presenta grave deficit deambulatorio permanente								
PRESIDENTE	DOTT.	<input type="text"/>	FIRMA	MEDICO DI LAVORO	DOTT.	<input type="text"/>	FIRMA	<input type="text"/>
OP. SOCIALE	<input type="text"/>			MEDICO COMPONENTE	DOTT.	<input type="text"/>		<input type="text"/>
SEGRETARIO	<input type="text"/>			MEDICO DI CATEGORIA	DOTT.	<input type="text"/>		<input type="text"/>
				ESPERTO		<input type="text"/>		<input type="text"/>