

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

