

Allegato 3

Diagnosi Funzionale (da DGR 1851/2012: "Modifiche e integrazioni alla dgr1/2010: percorso per l'accertamento di disabilita' e certificazione per l'integrazione scolastica di minorenni in Emilia-Romagna")

LOGO
REGIONALE
Azienda

DIAGNOSI FUNZIONALE

ai sensi art. 3 Legge 104/92

Cognome _____ Nome _____
Sesso M/F ___ Nato/a a _____ il _____
Residente in Via _____ N° _____
Comune _____ Provincia _____
CODICE FISCALE _____

DIAGNOSI CLINICA

CODIFICAZIONE – DIAGNOSI (ICD – 10)

(ASSE)

(1) _____ (2) _____ (3) _____
(4) _____ (5) _____

Indicare criticità e test clinici di riferimento

Compilare tutti i campi, riportando "ndd" ove non vi sia nulla da segnalare

AREA MOTORIA _____

AREA SENSORIALE

AREA COGNITIVA

AREA APPRENDIMENTI:

LETTURA/SCRITTURA/CALCOLO (secondo testistica neurofunzionale di riferimento)

AREA LINGUISTICO/COMUNICATIVA

AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE

AREA AUTONOMIA PERSONALE

AREA AUTONOMIA SOCIALE

GRADO DI COMPROMISSIONE FUNZIONALE DELLE AREE

Nessuno LIEVE MEDIO GRAVE

MOTORIA

SENSORIALE

COGNITIVA

APPRENDIMENTI

LINGUISTICO/COMUNICATIVA

AFFETTIVO/RELAZIONALE

AUTONOMIA PERSONALE

AUTONOMIA SOCIALE

PROPOSTA di RISORSE per l'INTEGRAZIONE

- docente di sostegno
- supporto educativo - assistenziale per le seguenti funzioni

supporto assistenziale di base per le seguenti funzioni

supporto / progetti specifici : _____

ausili* per _____

**indicare eventuali sussidi specifici, anche tecnologici, specificando se sono già previsti dal percorso clinico-assistenziale (nomenclatore tariffario) o se è proposta di nuova acquisizione per la frequenza scolastica*

trasporto per _____

altro* _____

** a) specificare eventuale bisogno di risorse con specifiche competenze (es. interprete lingua dei segni; psicoeducative, etc.)*

b) allegare certificato per eventuale somministrazione di farmaci in orario scolastico e/o per eventuale comparsa di effetti collegati alla assunzione di farmaci, anche somministrati in orario extra-scolastico

Operatore Referente del caso

Cognome e Nome _____

Professionalità _____

Recapito tel. _____

Firma _____

Luogo _____ **Data** _____

NB: la presente Diagnosi Funzionale è rilasciata dal referente del caso della Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza

Salvo diversa indicazione entro l'inizio dell'anno scolastico, esso va considerato automaticamente rinnovato per tutti gli anni dello stesso ordine e grado scolastico.