

ALLEGATO B – parte2

REGIONE PIEMONTE

**PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA
E PROGETTO MULTIDISCIPLINARE**

Nome: Cognome:

Nato a Il

Residente a

Scuola frequentata:

DIAGNOSI CLINICA

1 CODIFICA ICD 10

2

3

Descrivete l'entità <u>solo</u> delle menomazioni e/o degli eventuali punti di forza quando significativi delle funzioni corporee. Utilizzate come traccia la "checklist PMT"	CODIFICA ICF

FUNZIONI CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario

STRUTTURE CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario

Descrivete le caratteristiche <u>solo</u> delle menomazioni significative di cui si ha documentata evidenza. Utilizzate come traccia la "checklist PMT"	CODIFICA ICF

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE (ICF)

<p>Descrivete solo l'entità delle limitazioni, o gli eventuali eventuali punti di forza delle attività e restrizione della partecipazione che appaiono significative per la persona. La descrizione deve essere fatta in termini di Performance, Performance 1, e Capacità. In caso di differenze tra Performance, Performance 1, e Capacità elencate i Fattori Ambientali che ne sono responsabili. Utilizzate come traccia la "checklistPMT" e l'allegato "breve elenco dei fattori ambientali"</p>	CODIFICA ICF
d1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE	
d2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI	
d3. COMUNICAZIONE	
d4. MOBILITA'	

d5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA	
d6. VITA DOMESTICA	
d7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI	
d8. AREE DI VITA PRINCIPALI	
d9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA'	

FATTORI CONTESTUALI PERSONALI (ICF)

Fate una descrizione sintetica del soggetto e di ogni altra informazione rilevante non descritta in precedenza.

Includete tutti i Fattori Personali che possono avere un impatto sullo stato funzionale (es. stile di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, ecc) non descrivibili nelle dimensioni precedentemente prese in esame.

Breve elenco dei Fattori Ambientali (ICF)

e1. PRODOTTI E TECNOLOGIA
e110 Prodotti o sostanze per il consumo personale (<i>cibo, farmaci</i>)
e115 Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana
e120 Prodotti per la mobilità e il trasporto personale in ambienti interni e esterni
e125 Prodotti e tecnologia per la comunicazione
e150 Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per il pubblico utilizzo
e155 Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per utilizzo privato
e2. AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO
e225 Clima
e240 Luce
e250 Suono
e3. RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE
e310 Famiglia ristretta
e320 Amici
e325 Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità
e330 Persone in posizione di autorità
e340 Persone che forniscono aiuto o assistenza
e355 Operatori sanitari

e360 Altri operatori
e4. ATTEGGIAMENTI
e410 Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta
e420 Atteggiamenti individuali degli amici
e440 Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto o assistenza
e450 Atteggiamenti individuali di operatori sanitari
e455 Atteggiamenti individuali di altri operatori
e460 Atteggiamenti della società
e465 Norme sociali, costumi e ideologie
e5. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE
e525 Servizi, sistemi e politiche abitative
e535 Servizi, sistemi e politiche di comunicazione
e540 Servizi, sistemi e politiche di trasporto
e550 Servizi, sistemi e politiche legali
e570 Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali (comprende ove presente invalidità civile e relativa % o gravità)
e575 Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale
e580 Servizi, sistemi e politiche sanitarie
e585 Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione
e590 Servizi, sistemi e politiche del lavoro
OGNI ALTRO FATTORE AMBIENTALE

Punto di vista della persona
<i>Mi presento</i>
1. I miei punti di forza (cosa so fare, cosa mi piace fare, gli aspetti positivi del mio carattere, ecc)
2. Le mie difficoltà (cosa proprio non riesco a fare, cosa posso fare se ricevo aiuto, gli aspetti difficili del mio carattere, ecc)
3. Ciò che è più importante fare per aiutarmi e come
Punto di vista di chi rappresenta la persona
1. I suoi punti di forza (cosa sa fare, cosa gli piace fare, gli aspetti positivi del suo carattere, ecc)
”
2. Le sue difficoltà (cosa proprio non riesce a fare, cosa può fare se riceve aiuto, gli aspetti difficili del suo carattere, ecc)
3. Ciò che è più importante fare per aiutarlo e come

PROGETTO MULTIDISCIPLINARE (definizione delle strategie generali da rivedere annualmente **comprendente gli ambiti condivisi su cui lavorare a livello multidisciplinare nel periodo considerato** da dettagliare a livello di PEI o altri progetti conseguenti..)

A) LE COSE PIÙ IMPORTANTI DA FARE (descritti con categorie ICF)

B) OBIETTIVI (di carattere generale condivisi ed eventualmente ripartiti in più anni, La specificazione degli obiettivi comprende la sezione risultati attesi. La descrizione degli obiettivi potrebbe essere libera, riportando però riferimento alle categorie ICF)

c) AZIONI SOCIO SANITARIE ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA
(riportare AD ESEMPIO i trattamenti o le azioni attivate).

d) AZIONI SCOLASTICHE ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA
(riportare AD ESEMPIO i trattamenti o le azioni attivate).

L'ALUNNO NECESSITA

Assistenza sanitaria a scuola

Sì **No**

Specificare

Utilizzo di prodotti, adattamenti ambientali e tecnologie **Sì** **No**

Specificare

Assistenza di base (CCNL Comparto Scuola)

Sì **No**

Specificare

Assistenza Specialistica (nota 30/XI/2001 prot. 3390)

Sì **No**

Specificare

REFERENTI/RESPONSABILI PER I VARI INTERVENTI

**IDONEITA' ALLA FREQUENZA DELLE STRUTTURE FORMATIVE IN CUI SIANO
PREVISTE ATTIVITA' DI LABORATORI (Istituti Tecnici Professionali ed Artistici e
Formazione Professionale)**
(richiesta in relazione all'incolumità dell'alunno/a -CM 400 del 31/12/91):

IDONEO NON IDONEO

REFERENTE SANITARIO DEL CASO

REFERENTI/RESPONSABILI PER I VARI INTERVENTI

Questo documento è sottoposto al Segreto professionale (art. 622 C. P.)
Firma del Referente del caso

(Ente)_____ (Qualifica)_____ (firma)_____

I componenti l'equipe multidisciplinare

(Ente)_____ (Qualifica)_____ (firma)_____

(Ente)_____ (Qualifica)_____ (firma)_____

(Ente)_____ (Qualifica)_____ (firma)_____

(Ente)_____ (Qualifica)_____ (firma)_____

(Ente)_____ (Qualifica)_____ (firma)_____

I/Il genitore/i _____

Il Consiglio di classe

COGNOME E NOME	QUALIFICA	FIRMA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il responsabile della Unità multidisciplinare _____

_____, li __ / __ / ____