**PAZIENTE**

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/c.da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIAGNOSI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**d.** persona con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

SCALA ASIA

**ASIA Impairment Scale (AIS)** (*Articolo 3, comma2, lettera d*) [www.**asia**-spinalinjury.org/elearning/**ASIA**\_ISCOS\_high.pdf](http://www.asia-spinalinjury.org/elearning/ASIA_ISCOS_high.pdf)

|  |  |
| --- | --- |
| **A=completa** | Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5 |
| **B=incompleta** | Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di |
| sotto del livello neurologico che include S4-S5 |
| **C=incompleta** | La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e |
| più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3 |
| **D=incompleta** | La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e |
| almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a |
| 3 |
| **E=normale** | Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità |
| integra, non disturbi sfinterici ma possibili alterazioni dei riflessi) |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma e Timbro del medico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_