

Allegato 1A

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure Stato di Minima Coscienza (SMC).

Da compilare a cura dello Specialista di riferimento di struttura pubblica.

Si Certifica che il/la SIGNOR/A

Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il ____/____/____

Residente a _____ Prov. _____

Via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

GLASCOW COMA SCALE

A- Apertura degli occhi	Punteggio
Spontanea	4
Agli stimoli verbali	3
Al dolore	2
Nessuna	1
B- Risposta verbale	
Orientata appropriata	5
Confusa	4
Parole inappropriate	3
Suoni incomprensibili	2
Nessuna	1
C- Risposta motoria	
Obbedisce al comando	6
Localizza il dolore	5
Retrae al dolore	4
Flette al dolore	3
Estende al dolore	2
Nessuna	1
PUNTEGGIO TOTALE	

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala soprastante: _____

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che riporta un punteggio nella scala Glasgow Coma Scale ((GCS) ≤ 10 ex art. 3 comma 2 lett. a), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____