Documento MMG

In accompagnamento alla richiesta di valutazione per sospetto disturbo di apprendimento specifico (DSA) per l'utente

Nome..... Cognome.....

Nato a …..... il .....

Esposto ad altra lingua sì no

e al fine di definire **i criteri di esclusione** necessari per diagnosticare un disturbo DSA si riportano gli esiti dei seguenti accertamenti:

EON (descrivere esito).....

FUNZIONE VISIVA

Visita Oculistica effettuata il..... (descrivere esito).....

richiesta il.....

Altro.....

FUNZIONE UDITIVA

Visita Orl effettuata il …..... (descrivere esito).....

richiesta il.....

Altro.....

ALTRI ACCERTAMENTI.....

La visita effettuata esclude, al momento, l'evidenza di patologie neurologiche, sensoriali, psichiatriche e conferma la necessità di valutazione/rivalutazione per DSA

Dott.....

luogo e data