

**CERTIFICAT MÈDIC PER AL RECONeixEMENT GRAU 3+ (DEPENDÈNCIA EXTREMA) EN PACIENTS AFECTATS PER ESCLEROSI LATERAL AMIOTRÒFICA (ELA)**  
**CERTIFICADO MÉDICO PARA EL RECONOCIMIENTO GRADO 3+ (DEPENDENCIA EXTREMA) EN PACIENTES AFECTADOS POR ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)**

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
DNI / NIE	NUM. SIP/ Nº SIP	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	
SISTEMA DE SALUT / SISTEMA DE SALUT <input type="checkbox"/> Públic / Público		<input type="checkbox"/> Mutualitat (MUFACE, ISFAS, MUJEJU). Especificar Mutualidad (MUFACE, ISFAS, MUJEJU). Especificar:	

**DIAGNÒSTICS / DIAGNÓSTICOS**

DIAGNÒSTIC PRINCIPAL: ESCLEROSI LATERAL AMIOTRÒFICA: / DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA:

ALTRES DIAGNÒSTICS SUSCEPTIBLES DE GENERAR DEPENDÈNCIA / OTROS DIAGNOSTICOS SUSCEPTIBLES DE GENERAR DEPENDENCIA:

- 
- 
- 
- 

**B DADES DE LA PERSONA FACULTATIVA / DATOS DE LA PERSONA FACULTATIVA**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	NUM. COL·LEGIAT / Nº COLEGIADO
CENTRE DE TREBALL: / CENTRO DE TRABAJO:		LOCALITAT / LOCALIDAD
ESPECIALITAT / ESPECIALIDAD		

**C CERTIFIQUE / CERTIFICO**

**Que, a efectes del reconeixement del Grau 3+ (Dependència extrema), i tractant-se d'un o una pacient amb diagnòstic d'ELA, es complixen almenys dos dels següents criteris:**  
**Que, a efectos del reconocimiento de Grado 3+ (Dependencia extrema), y tratándose de un o una paciente con diagnóstico de ELA, se cumplen al menos dos de los siguientes criterios:**

	SÍ	NO
Necessitat de Suport ventilatori per damunt de 8 hores al dia <i>Necesidad de Soporte ventilatorio por encima de 8 horas al día</i>		
Necessitat diària d'aspiració de secrecions <i>Necesidad diaria de aspiración de secreciones</i>		
Immobilitat al tren superior <i>Inmovilidad en el tren superior</i>		

I per a deixar-ne constància a on convinga i a instàncies de part interessada, expedisc el present certificat en compliment dels criteris establits per a l'accés al grau 3+ en la Resolució de 18 de desembre de 2025 de la secretària d'estat de Drets Socials per la qual es publica l'Acord del Consell Territorial de Servicis Socials i del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, de 9 de desembre de 2025, sobre l'adaptació dels servicis prestats des de la prestació d'assistència personal i del Servici d'Ajuda a Domicili previstos en els articles 19 i 23 de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència a les necessitats de les persones destinatàries de la Llei 3/2024, de 30 d'octubre, per a millorar la qualitat de vida de persones amb esclerosi lateral amiotròfica i altres malalties o processos d'alta complexitat i curs irreversible.

*Y para que conste donde convenga y a instancia de parte interesada, expido el presente certificado en cumplimiento de los criterios establecidos para el acceso al grado 3+ en la Resolución de 18 de diciembre de 2025 de la Secretaria de Estado de Derechos sociales por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de 9 de diciembre de 2025, sobre la adaptación de los servicios prestados desde la prestación de asistencia personal y del Servicio de Ayuda a Domicilio previstos en los artículos 19 y 23 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia a las necesidades de las personas destinatarias de la Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de personas con esclerosis lateral amiotrónica y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible.*

A data de firma / A fecha de firma

FIRMA DEL METGE/SSA / FIRMA DEL MÉDICO/A

En cas de firma manuscrita, data i segell de col·legiat. / En caso de firma manuscrita, fecha y sello de colegiado.