

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

Avviso pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica

SCHEMA PER L'EFFETTUAZIONE DELLA VISITA DI FOLLOW UP

 A 3 mesi

 A 6 mesi

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME _____

COGNOME _____

NATO/A A _____

IL _____

C.F. _____

residente a _____

in _____

DISPOSITIVO MEDICO ACQUISTATO IL _____

1. Il dispositivo medico fornito viene utilizzato, con necessità:

 più di 3 volte alla settimana

 meno di 2 volte al mese

 1 o 2 volte alla settimana

 non viene utilizzato (andare direttamente alla domanda 3)

2. Se viene utilizzato, necessità di supporto da parte di terzi?

 Sì

 No

3. Se non viene utilizzato, specificare la motivazione:

 dispositivo mai utilizzato

 interruzione dell'utilizzo perché non adeguato

 interruzione dell'utilizzo per rottura

 interruzione dell'utilizzo per furto/smarrimento

 interruzione dell'utilizzo per perdita di interesse

 interruzione dell'utilizzo per aggravamento delle condizioni cliniche

 altro _____

La prossima visita di follow up:

 è programmata per il _____

 non è prevista una nuova visita di follow up

RIFERIMENTI DEL MEDICO COMPILATORE

NOME..... COGNOME.....

RECAPITO MAIL.....@..... TELEFONO.....

DATA

FIRMA e TIMBRO

.....

.....

Far pervenire copia del presente referto a _____