

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

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
(certificato che sarà formato successivamente, non serve per la presentazione della domanda)

☐ 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 _____