

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/AA _____

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 _____