



LOGO ASL

ASL

Allegato 1 – Mod. 4

Procedura di 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 _____ IL _____

C.F. _____ residente a _____

in _____

AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA _____

DISPOSITIVO MEDICO ACQUISTATO IL _____

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

- ☐ più di 3 volte alla settimana
- ☐ 1 o 2 volte alla settimana
- ☐ meno di 2 volte al mese
- ☐ non viene utilizzato (andare direttamente alla domanda 3)

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

- ☐ Sì
- ☐ No



LOGO ASL

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 tramite All'indirizzo..... O tramite raccomandata

A.R. indirizzandola a _____