



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

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 _____

LUOGO e DATA

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO
