

AZIENDA USL TOSCANA

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 _____