

**Avviso pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi a tecnologia avanzata per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica**

**Schema per l'effettuazione della visita di *follow-up***

Dati anagrafici del paziente

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

Azienda ULSS 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, necessita 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

UOC Cure Primarie

Azienda ULSS 5 Polesana – viale Tre Martiri 89 – 45100 Rovigo

pec protocollo.aulss5@pecveneto.it