

NOME COGNOME

CF DATA DI NASCITA ☐.....

RICETTA N..... DOTT..... S.....

DIAGNOSI

ICD9 ICD X DATA 1^ prescrizione

profilo n..... n. pacchetti

VALUTAZIONE INIZIALE

data Responsabile della valutazione:.....

strumento utilizzato esito

strumento utilizzato esito

strumento utilizzato esito

strumento utilizzato esito

CLASSIFICAZIONE ICF

Funzioni

Strutture

Attività

OBIETTIVI

1.
2.
3.
4.

PROGRAMMA RIABILITATIVO

(n. sedute settimanali, tipologia di prestazioni, durata delle sedute, durata del trattamento, eventuali indicazioni di trattamento indiretto o autosomministrato, professionista responsabile del programma)

VALUTAZIONE FINALE	Data.....
---------------------------	-----------

strumento utilizzato esito

strumento utilizzato esito

strumento utilizzato esito

strumento utilizzato esito

RISULTATI

Obiettivo 1. raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
Obiettivo 2. raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
Obiettivo 3. raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
Obiettivo 4. raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
Obiettivo 5. raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto

OSSERVAZIONI ULTERIORI

Firma dello specialista

Firma del Fisioterapista/Logopedista

.....

.....

CF

DATA ulteriore prescrizione

profilo n.....

n. pacchetti

EVENTUALE REVISIONE PROGRAMMA RIABILITATIVO

(Indicare i motivi e gli obiettivi per i quali è necessaria la revisione del programma e specificarne le modifiche)

VALUTAZIONE FINALE Data.....

strumento utilizzato esito
 strumento utilizzato esito
 strumento utilizzato esito
 strumento utilizzato esito

RISULTATI

Obiettivo 1. raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
Obiettivo 2. raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
Obiettivo 3. raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
Obiettivo 4. raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
Obiettivo 5. raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto

Firma dello specialista
.....

Firma del Fisioterapista/Logopedista
.....