

**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**

**Allegato C**

**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:**

- 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 \_\_\_\_\_

LUOGO e DATA \_\_\_\_\_

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO \_\_\_\_\_

Far pervenire copia del presente referto a \_\_\_\_\_