

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ FAM. DI RIFERIMENTO _____

RESIDENZA _____ VIA _____ N. ____ TEL. N. _____

DIAGNOSI	DESCRIZIONE
Principale	
Secondaria	

Data dell'evento acuto/Eventuale intervento chirurgico/ortopedico: _____

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERSI CON IL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

PATOLOGIE ASSOCIATE	<input type="checkbox"/> CARDIOLOGICHE <input type="checkbox"/> VASCOLARI	<input type="checkbox"/> RESPIRATORIE <input type="checkbox"/> ALTRO _____
AUTONOMIA	<input type="checkbox"/> DEL TUTTO CONSERVATA <input type="checkbox"/> COMPROMESSA MA CONSERVATA	<input type="checkbox"/> BISOGNO DI PARZIALE ASSISTENZA <input type="checkbox"/> COMPLETAMENTE DIPENDENTE
PRINCIPALI DEFICIT	<input type="checkbox"/> ARTO SUPERIORE – DESTRO <input type="checkbox"/> ARTO INFERIORE - DESTRO	<input type="checkbox"/> ARTO SUPERIORE – SINISTRO <input type="checkbox"/> ARTO INFERIORE - SINISTRO
CARICO CONCESSO	<input type="checkbox"/> Sì (%) _____ <input type="checkbox"/> NO	
DEAMBULAZIONE	<input type="checkbox"/> DIFFICOLTOSA MA CONSERVATA <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO	<input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE ANCHE CON AIUTO
PASSAGGI POSTURALI	<input type="checkbox"/> AUTONOMI <input type="checkbox"/> POSSIBILI CON POCO AIUTO	<input type="checkbox"/> POSSIBILI CON MOLTO AIUTO <input type="checkbox"/> NECESSITA DI COMPLETA ASSISTENZA
<input type="checkbox"/>	Necessita di igiene alla persona	

N. _____ Accessi mensili del **Medico Curante** proposti

La situazione clinica e funzionale del paziente rende impossibile l'accesso ai Servizi Ambulatoriali.

Si allegano: **M COT 002 TRIAGE**
 documentazione specialistica relativa alla richiesta di intervento di FKT

Timbro e firma del Medico Prescrittore

Data _____

e-mail: cot@asst-valcamonica.it

SPAZIO RISERVATO AL MEDICO FISIATRA

Richiesta rifiutata per _____

Richiesta rinviata a (mese, anno) _____ Timbro/Firma _____

Mod./ASST