

ALLEGATO 5

**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

codice fiscale

residente a in..... CAP

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

MAIL TELEFONO

LUOGO e DATA

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO