

**PROGRAMMA TERAPEUTICO PER L'EROGAZIONE DI FORNITURE PROTESICHE**

COMPILATO IN DATA ____/____/____

ASSISTITO: COGNOME _____ NOME _____

NATO IL ____/____/____

1) VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE:

a) Sintesi dell'analisi funzionale

b) Esiti esami strumentali

2) DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA:

3) SIGNIFICATO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO:

4) RINNOVO:

4.1) Valutazione sui benefici fin qui raggiunti:

4.2) Verificato che l'ausilio in uso non è riparabile, si precisa il motivo del rinnovo:

5) TEMPI DI IMPIEGO

- Ore nella giornata _____

6) MODALITÀ DI CONTROLLO

- Data 1° controllo ____/____/____

- Giorni nella settimana _____

- Data controllo successivo ____/____/____

- Altro _____

- Altro _____

TIMBRO DELLA STRUTTURA DI
APPARTENENZA DEL MEDICO
PRESCRITTORE

IL MEDICO PRESCRITTORE

(firma)_____
(codice prescrittore)