

Il sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ chiede l'erogazione di un ciclo di FKT domiciliare per il Sig./ra _____ nato/a il _____ residente a _____ via _____ n. _____ Tel. _____

Precisa che la situazione clinica e funzionale del paziente rende impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali in quanto non autosufficiente e/o non trasportabile.

DIAGNOSI	Codice ICD9

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

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERSI CON IL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

- PATOLOGIE ASSOCIATE:** CARDIOLOGICHE
 VASCOLARI
 RESPIRATORIE
 ALTRO _____
- AUTONOMIA:** DEL TUTTO CONSERVATA
 COMPROMESSA MA CONSERVATA
 BISOGNO DI PARZIALE ASSISTENZA
 COMPLETAMENTE DIPENDENTE
- PRINCIPALI DEFICIT:** ARTO SUPERIORE – DESTRO ARTO SUPERIORE – SINISTRO
 ARTO INFERIORE – DESTRO ARTO INFERIORE – SINISTRO
- CARICO CONCESSO** Sì (%) _____ NO
- DEAMBULAZIONE:** DIFFICOLTOSA MA CONSERVATA
 NECESSITA DI AIUTO
 IMPOSSIBILE ANCHE CON AIUTO
- PASSAGGI POSTURALI:** AUTONOMI
 POSSIBILI CON POCO AIUTO
 POSSIBILI CON MOLTO AIUTO
 NECESSITA DI COMPLETA ASSISTENZA
- Frequenza accessi MMG prevista** settimanale quindicinale mensile

Data _____

IL MEDICO CURANTE
(timbro e firma)

NB: la presente richiesta completa di prescrizione su ricettario regionale e M UV 004 TRIAGE deve essere inoltrata all'indirizzo uvm@asst-valcamonica.it

Allegare copia di eventuale documentazione specialistica relativa alla richiesta di intervento di FKT. (Per info: Tel. 0364 329383)

SPAZIO RISERVATO AL MEDICO FISIATRA

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