

**Avviso pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi a tecnologia avanzata per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica**

**Schema per l'effettuazione della visita di *follow-up***

Dati anagrafici del paziente

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

Azienda ULSS di residenza \_\_\_\_\_

dispositivo medico acquistato il \_\_\_\_\_

1. Il dispositivo medico fornito viene utilizzato, con necessità:

- 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 all'Aulss 4 Veneto Orientale, mediante posta elettronica certificata al seguente indirizzo PEC [protocollo.aulss4@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss4@pecveneto.it) o mediante Raccomandata A/R al seguente indirizzo Piazza A. De Gasperi, 5 – 30027 San Donà di Piave (VE).