

MODULO VALUTAZIONE CLINICA
A cura del Centro di Riferimento

Nome _____ Cognome _____

Valutato il _____ dal Dr/Prof _____

Centro di Riferimento: _____

Relazione valutativa per avvio percorso: _____

Paziente: IDONEO NON IDONEO

Residente ASL Roma1: val.protesica@aslroma1.it

Residente in altra ASL: _____
e-mail

Data,

Timbro e firma _____

MODULO VALUTAZIONE FUNZIONALE AUSILI

NON RESIDENTI ROMA 1

a cura di _____

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

AUSILI PROPOSTI

1) _____ _____
2) _____ _____
3) _____ _____
4) _____ _____
5) _____ _____
<p>Obiettivi a breve e lungo termine</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Data,</p>
<p style="text-align: right;">Timbro e firma _____</p>

