

Modulo

FOLLOW UP

A cura del

- Centro di Riferimento _____ Ambulatorio Integrato CAA - ASL Roma 1
- NuVac (Nucleo Valutazione Ausili ASL Roma 1)

da inviare a ausili.comunicazione@aslroma1.it

Paziente:

Cognome _____ Nome _____
nato/a _____ (Pr. _____) il _____ CF _____
residente in via _____ N _____ CAP _____
nel Comune di _____ (Pr. _____) ASL _____ Distretto _____
Recapiti paziente: tel. _____ Fax _____ e-mail _____
Eventuale familiare di riferimento _____
Recapiti del familiare: tel. _____ Fax _____ e-mail _____

FOLLOW UP EFFETTUATO

- In ambulatorio A domicilio del paziente Via telematica Al telefono
- Controllo periodico programmato
- Rivalutazione clinica/funzionale per modificate condizioni cliniche

Relazione

Conclusioni

Data _____ Timbro e firma di chi effettua il follow up _____

RICHESTA RITIRO AUSILIO

da inviare mail assistenza protesica della **asl di residenza** e ad ausili.comunicazione@aslroma1.it

Data _____ firma _____

Telefono o mail del richiedente _____