SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1

REGIONE LAZIO

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_____

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1

REGIONE LAZIO

MODULO VALUTAZIONE FUNZIONALE AUSILI

RESIDENTI ROMA 1

a cura del Nucleo Valutazione Ausili

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

AUSILI PROPOSTI

1)_____
_____
2)_____
_____
3)_____
_____
4)_____
_____
5)_____
_____

Obiettivi a breve e lungo termine

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Data,

Timbro e firma_____

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1

REGIONE LAZIO

MODULO VALUTAZIONE FUNZIONALE AUSILI

NON RESIDENTI ROMA 1

a cura di _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

AUSILI PROPOSTI

1)_____
_____
2)_____
_____
3)_____
_____
4)_____
_____
5)_____
_____

Obiettivi a breve e lungo termine

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Data,

Timbro e firma_____