

**MODULO DI VERIFICA- collaudo e follow up - A cura del**

Centro di Riferimento \_\_\_\_\_  Ambulatorio Integrato CAA - ASL Roma 1

NuVAeC  \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**COLLAUDO FAVOREVOLE** si  no:  \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma operatore/i esecutore del collaudo

**FOLLOW UP EFFETTUATO in data \_\_\_\_\_**

In ambulatorio  A domicilio del paziente  Via telematica  Al telefono

Controllo periodico programmato

Rivalutazione clinica/funzionale per modificate condizioni cliniche

Relazione \_\_\_\_\_

Conclusioni \_\_\_\_\_

**Necessaria proroga noleggio puntatore in uso per 6 mesi** si  no

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma di chi effettua il follow up \_\_\_\_\_

**RICHESTA RITIRO PUNTATORE OCULARE**

**Motivazione** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma di chi effettua il follow up \_\_\_\_\_

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