

INDICE DI BARTHEL **S P M S Q** **SVAMA** Lc Lp U V

ALTRA SCALA DI VALUTAZIONE: _____ **ALTRA SCALA DI VALUTAZIONE:** _____

TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI/INTERVENTI RIABILITATIVI PREVISTI

IN PRESENZA DELL'UTENTE:

IN ASSENZA DELL'UTENTE

N. TRATTAMENTI

N. TRATTAMENTI

- Valutazione e osservazione
- Riabilitazione respiratoria /sett
- Riabilitazione logopedica /sett
- Riabilitazione psicomotoria /sett
- Riabilitazione cognitiva /sett
- Terapia psicologica /.....
- Terapia occupazionale /.....
- Intervento educativo /sett
- Riabilitazione neuromotoria /sett

- Elaborazione/revisione progetto
- Riunione d'equipe
- Counseling
- Adempimento L. n. 104/92

DURATA PREVISTA DEL PROGETTO

DATA INIZIO PROGETTO: ____/____/____ **DATA FINE PROGETTO:** ____/____/____

Progetto articolato in cicli sì no

Operatore _____

Qualifica: _____

Operatore _____

Qualifica: _____

Data: ____/____/____ **Firma Medico responsabile Progetto** _____