

ASSISTITO _____ NATO IL _____

MEDICO REFERENTE _____ DATA _____

PROGETTO RIABILITATIVO Età evolutiva Ambulatorio
 Adulti Domicilio
Modalità Estensiva **Impegno** Lieve
 Mantenimento Medio
 Elevato Progetto ciclico

Durata progetto (giorni)

N. trattamenti a settimana

N. trattamenti settimanali fuori convenzione

Totale accessi nel progetto

<u>In PRESENZA dell'assistito</u>	n. trattamenti	<u>In ASSENZA dell'assistito</u>	n. trattamenti
<input type="checkbox"/> Valutazione e osservazione	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Elaborazione/revisione progetto	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Riabilitazione respiratoria	<input type="text"/> /sett.	<input type="checkbox"/> Riunione d'équipe	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Riabilitazione logopedica	<input type="text"/> /sett.	<input type="checkbox"/> Counseling	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Riabilitazione psicomotoria	<input type="text"/> /sett.	<input type="checkbox"/> Adempimento L. n. 104/92	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Riabilitazione cognitiva	<input type="text"/> /sett.		
<input type="checkbox"/> Terapia psicologica	<input type="text"/> /.....		
<input type="checkbox"/> Terapia occupazionale	<input type="text"/> /.....		
<input type="checkbox"/> Intervento educativo	<input type="text"/> /sett.		
<input type="checkbox"/> Riabilitazione neuromotoria	<input type="text"/> /sett.		

N.B.: _____

Piano di trattamento riabilitativo:

Obiettivi:

Data inizio progetto: ____/____/____ **Data scadenza progetto:** ____/____/____

Firma del medico referente _____

Firma condivisione del progetto (assistito o familiare o delegato) _____

In caso di minore firma di ENTRAMBI i genitori **Gen. 1** _____

Gen. 2 _____

Si fa presente che alla scadenza dell'attuale progetto la riapertura dello stesso sarà subordinata alla proroga della UCV/CAD della ASL di residenza del paziente, ai sensi del DCA 39/2012.

Il sottoscritto _____ dichiara di essere stato informato e di condividere che in caso di carenza di operatori (medici o terapisti) nella zona del proprio domicilio il progetto potrà proseguire solo con visite mediche ambulatoriali o (previa autorizzazione ASL) con trattamenti ambulatoriali.

Data _____

Firma _____