UILDM LAZIO onlus Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare ONLUS	**SCHEDA TRATTAMENTI MEDICI**	Mod. **M24** Ed. 2 Rev. 0 del 31 01 2017 Pag. **1** di **1**

Medico: ______________________________ ☐ **Neurologo** ☐ **Fisiatra**

☐ **Neuropsichiatra Infantile**

DATA

Cognome:	☐ **AMBULATORIO** ☐ **DOMICILIO** Durata accesso: ______________
Nome:	☐ Rinnovo ☐ Riapertura ☐ Chiusura ☐ Presa in carico ☐ Clinica
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
Telefonata con:	**Riunione con:**

DATA

Cognome:	☐ **AMBULATORIO** ☐ **DOMICILIO** Durata accesso: ______________
Nome:	☐ Rinnovo ☐ Riapertura ☐ Chiusura ☐ Presa in carico ☐ Clinica
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
Telefonata con:	**Riunione con:**

DATA

Cognome:	☐ **AMBULATORIO** ☐ **DOMICILIO** Durata accesso: ______________
Nome:	☐ Rinnovo ☐ Riapertura ☐ Chiusura ☐ Presa in carico ☐ Clinica
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
Telefonata con:	**Riunione con:**

DATA

Cognome:	☐ **AMBULATORIO** ☐ **DOMICILIO** Durata accesso: ______________
Nome:	☐ Rinnovo ☐ Riapertura ☐ Chiusura ☐ Presa in carico ☐ Clinica
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
Telefonata con:	**Riunione con:**

Firma Medico:

____

LEGENDA

1 Valutazione e osservazione	5 Equipe telefonica	9 GLH	13 Proroghe
2 Elaborazione/revisione progetto	6 Riunione in presenza di altri operatori	10 Certificazione	14 Esame obiettivo neurologico
3 Relazione medica	7 Aggiornamento cartella	11 Counseling	15 Scala di valutazione muscolare
4 Somministrazione scala valutazione	8 Colloquio con utente/genitori	12 Restituzione	