

SCHEMA PER L'EFFETTUAZIONE DELLA VISITA DI FOLLOW UP

A 3 mesi A 6 mesi

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____

C.F. _____ residente a _____

VIA _____ CAP _____

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI RESIDENZA _____

DISPOSITIVO MEDICO ACQUISTATO IL _____

1. Il dispositivo medico fornito viene utilizzato:

- più di 3 volte alla settimana
- 1 o 2 volte alla settimana
- meno di 2 volte al mese
- non viene utilizzato (andare direttamente alla domanda 3)

2. Se viene utilizzato, necessita di supporto da parte di terzi?

Sì No

3. Se non viene utilizzato, specificare la motivazione:

- dispositivo mai utilizzato
- interruzione dell'utilizzo perché non adeguato
- interruzione dell'utilizzo per rottura
- interruzione dell'utilizzo per furto/smarrimento
- interruzione dell'utilizzo per perdita di interesse
- interruzione dell'utilizzo per aggravamento delle condizioni cliniche
- altro _____

La prossima visita di follow up:

è programmata per il _____

non è prevista una nuova visita di follow up

RIFERIMENTI DEL MEDICO COMPILATORE

NOME _____ COGNOME _____

RECAPITO MAIL _____ @ _____ TELEFONO _____

LUOGO e DATA

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

Far pervenire copia del presente referto a _____