# Allegato D

## 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

in 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?

□ Sj □ No

1. 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