# 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