

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 _____