



SCHEMA DI ACCESSO AL PERCORSO RIABILITATIVO
Proposta di progetto riabilitativo per

Cognome _____ Nome _____ nato il _____

Residente a _____ via/p.zza _____ n° _____

Distretto n° _____ N° codice sanitario _____ Rec. telefonico _____

VALUTAZIONE CLINICA

Diagnosi : _____

Scale di valutazione

Valutazione secondo "Hoehn e Yahr" :

Stadio 0 Stadio 1 Stadio 1,5 Stadio 2 *per accesso al livello 1)*

Stadio 2,5 Stadio 3 Stadio 4 Stadio 5 *per accesso al livello 2)*

Valutazione UPDRS (in allegato) *per pazienti con stadio = 2,5*

Indicazioni e controindicazioni specifiche _____

Data _____

Firma medico specialista inviante

VALUTAZIONE FUNZIONALE

Valutazione Funzionale: _____

scala valutazione in allegato

Firma del fisioterapista

Data _____

PROGETTO RIABILITATIVO

Definizione congiunta degli obiettivi della presa in carico riabilitativa: _____

Verifica/valutazione entro il _____

Articolazione del programma riabilitativo

Contenuti specifici: _____

Modalità dell'attività: Amb. individuale Amb. di gruppo Domiciliare

Frequenza : _____ / 7 presso il presidio _____ del Distretto n° _____