



Distretto Sanitario n. ....

Cognome e Nome:		Data di nascita:
Luogo di nascita:	C.F.:	
Residenza: in _____	alla via: _____	
Domicilio: in _____	alla via: _____	
Data presa in carico:	N. cart. clinica:	Tel: _____
Medico proponente:		Tel: _____

**Unità di Valutazione del Fabbisogno Riabilitativo**

Fisiatra:	Fisioterapista:
Neurologo:	Assistente sociale:
NPEE:	Altro:

**Diagnosi clinica**

Malattia - sindrome	Codice ICD-9-CM	Codice ICD 10

**Tabelle A, C e D della DGRC n. 482/2004**

Classe di menomazione	Livello di gravità della disabilità	Livello prognostico

**Classificazione disabilità (  ICF –  ICF CY )**

<b>Menomazioni Funzioni Corporee</b>	b _____ . _____	b _____ . _____	b _____ . _____	b _____ . _____	b _____ . _____	b _____ . _____
<b>Menomazioni Strutture Corporee</b>	s _____ . _____		s _____ . _____		s _____ . _____	
<b>Limitazioni Attività e Restrizioni Partecipazione</b>	d _____ . _____	d _____ . _____	d _____ . _____	d _____ . _____	d _____ . _____	d _____ . _____
	d _____ . _____	d _____ . _____	d _____ . _____	d _____ . _____	d _____ . _____	d _____ . _____
<b>Fattori ambientali</b>	<b>Facilitatori</b>	e _____ + _____	e _____ + _____	e _____ + _____	e _____ + _____	e _____ + _____
	<b>Barriere</b>	e _____ . _____	e _____ . _____	e _____ . _____	e _____ . _____	e _____ . _____

**Valutazione funzionale**


**Obiettivi perseguibili**

	termine previsto
<b>GLOBALE (lungo termine)</b>	
<b>FUNZIONALE (medio termine)</b>	
<b>SPECIFICO (breve termine)</b>	

**Possibile fabbisogno riabilitativo socio-sanitario e/o sociale**

**Case manager**

	nome: _____
	tel.: _____
	mail: _____

## Programma Riabilitativo

### Setting assistenziale – Durata e Frequenza settimanale del programma riabilitativo

Codice	Regime assistenziale prescritto	Durata in giorni solari	Frequenza settimanale	
	<input type="checkbox"/> amb. <input type="checkbox"/> amb. p.g. <input type="checkbox"/> amb. extram. <input type="checkbox"/> domicil. <input type="checkbox"/> semires. <input type="checkbox"/> resid.			

### Aree d'Intervento

X	Aree intervento specifiche	X	Metodologia di intervento	Frequenza settimanale	Gruppo
	1. Area Stabilità Internistica		Rieducazione neuromotoria		
	2. Area Funzioni Vitali di base		Rieducazione respiratoria		
	3. Area Funzioni Senso Motorie		Psicomotricità		
	4. Area Mobilità Trasferimenti		Terapia occupazionale		
	5. Area competenze comunicativo relazionali		Logoterapia		
	6. Area competenze cognitivo comportamentali		Psicoterapia individuale		
	7. Area autonomia e cura persona		Terapia familiare		
	8. Area riadattamento e inserimento sociale		...		
	9. Area emotivo affettiva		...		

### Il Progetto e il Programma Riabilitativo sono condivisi dall'assistito o da chi lo rappresenta

Luogo e data	Assistito o chi lo rappresenta	Medico Prescrittore

### CONTRATTO TERAPEUTICO

Si acquisisce e  si approva       non si approva       si approva, accettando le variazioni proposte  
 il piano terapeutico riabilitativo elaborato dal Centro di Riabilitazione:

Il Centro potrà erogare i trattamenti indicati nella presente autorizzazione, nei limiti della Capacità Operativa Massima riconosciuta e dei volumi di prestazioni correlati ai tetti di spesa contrattualizzati con l'ASL Salerno

Assistito o chi lo rappresenta	Medico prescrittore e/o Responsabile U.O.S. Disabilità	

<b>Nulla osta prot. n.</b>	
del	

<b>Autorizzazione n.</b>	
del	
<b>Data fine trattamento</b>	