

Scheda personale del Sig. _____

Domicilio _____ (Prov.) _____ Cap _____ Via/P.zza _____

Trattamenti relativi a: MESE _____ ANNO _____ PROFESSIONISTA _____

N° tratt. sett. _____ nei giorni L M Me G V S Progetto Ciclico: Si No Data inizio _____ Data fine _____

Trattamenti Riabilitativi

	DATA	ORA INIZIO	ORA FINE	TIPO DI TRATTAM.	FIRMA DELL'UTENTE	FIRMA DELL'OPERATORE
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

Legenda tipo di trattamento: **Ft** Fisioterapia **Lt** Logoterapia **NPM** Neuropsicomotricità **TO** Terapia Occupazionale **Ed** Int. Educativo

Altri Trattamenti

	DATA	DURATA	TIPO DI TRATTAM.	FIRMA UTENTE (Se valutazione operatore)	FIRMA DELL'OPERATORE	FIRMA DEL MEDICO (Se Equipe-Valutazione-Relazione)
1						
2						
3						
4						

Legenda tipo di trattamento: **1** Visita medico domiciliare **2** Riunione **3** Equipe **4** Valutazione Semestrale
5 Somministrazione Test **6** GLH **7** Relazione **8** Valutazione

Valutazione: Trattamento effettuato in presenza dell'utente e deve essere firmato dallo stesso (o dal genitore) e/o Vistato dal medico

Relazione: Effettuata su richiesta del medico e/o se prevista tra gli accessi iniziali. Scrivere il nome del medico nello spazio Firma del Medico