

**SCHEMA PER IL MONITORAGGIO E LA RILEVAZIONE DELL'ESITO  
ai fini del possibile riconoscimento di contributo economico di cui al DM 22.08.2022  
per l'acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività ludico motorie o sportive  
amatoriali individuali destinate a persone con disabilità fisica**

**VISITA DI FOLLOW UP**     a 3 mesi  
   a 6 mesi

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

ATS DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

DISPOSITIVO MEDICO IN USO AL PAZIENTE DAL \_\_\_\_\_

1. Il dispositivo medico fornito viene utilizzato?

- Sì     Sì, solo con supporto da terzi     No

2. Se sì, con quale frequenza viene utilizzato:

- più di 3 volte alla settimana  
 1 o 2 volte alla settimana  
 meno di 2 volte al mese  
 mai

3. Se non viene utilizzato, specificare la motivazione:

- 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

DATA

FIRMA, TIMBRO, MAIL E TEL. DEL MEDICO PRESCRITTORE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Originale da rilasciare all'assistito per il caricamento sulla piattaforma regionale Bandi online (il fisiatra prescrittore ne conserva copia).*