

MD PR PA Pagina 1 di 3	<b>ASL CASERTA</b> <b>PROGETTO RIABILITATIVO</b> <b>FASE INTENSIVA</b>	U.V.B.R. Distretto N°
---------------------------	--	--------------------------

Il seguente documento deve essere compilato in triplice copia : per MMG, per l'assistito, per l'U.O.A.R.

<b>Dati Identificativi del Paziente</b>
Nome _____ Cognome _____
Luogo e data di nascita _____
Luogo di residenza _____
C. Fiscale _____
Tel. _____
Medico Proponente _____

<b>Esito della visita specialistica</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrizione della patologia/e di cui è affetto il paziente  _____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evento indice _____ Data _____</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoverato nel Reparto di _____  Dal _____ Al _____</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicazione della classe di menomazione secondo la tab.A  _____</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicazione della classe di disabilità secondo la tab.B  _____</li> </ul>

MD PR PA Pagina 2 di 3	<b>ASL CASERTA</b> <b>PROGETTO RIABILITATIVO</b> <b>FASE INTENSIVA</b>	U.V.B.R. Distretto N°
---------------------------	--	--------------------------

<b>Diagnosi</b>
-----------------

MD PR PA Pagina 3 di 3	<b>ASL CASERTA</b> <b>PROGETTO RIABILITATIVO</b> <b>FASE INTENSIVA</b>	U.V.B.R. Distretto N°
---------------------------	--	--------------------------

**REGIME DI DEGENZA**

**RICOVERO ORDINARIO**

**DAY HOSPITAL**

• Durata \_\_\_\_\_

<b>Risorse Umane da impegnare</b> _____ _____
<b>Risorse Tecniche da impegnare</b> _____ _____

<b>Metodologia degli interventi</b> _____ _____ _____ _____ _____
<b>Obiettivi</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____
<b>DATA</b>
<b>UVBR</b>