



**SCHEMA PER L'EFFETTUAZIONE DELLA VISITA DI FOLLOW UP**

- A 3 mesi
- A 6 mesi

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

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

IL \_\_\_\_\_

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

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

in \_\_\_\_\_

AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

DISPOSITIVO MEDICO ACQUISTATO IL \_\_\_\_\_

1. Il dispositivo medico fornito viene utilizzato:

- più di 3 volte alla settimana
- 1 o 2 volte alla settimana
- meno di 2 volte al mese
- non viene utilizzato (andare direttamente alla domanda 3)

2. Se viene utilizzato, necessita di supporto da parte di terzi?

- Sì  No

3. Se non viene utilizzato, specificare la motivazione:

- dispositivo mai utilizzato
- 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

#### RIFERIMENTI DEL MEDICO COMPILATORE

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

RECAPITO MAIL \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

LUOGO e DATA

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Far pervenire copia del presente referto a \_\_\_\_\_