



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA**



DISTRETTO

PROPOSTA di PIANO RIABILITATIVO

Il sig. _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ CF _____

DIAGNOSI _____

Cod. ICD10 _____ Cod. ICF _____

MODALITA' di RIABILITAZIONE

Ordinaria Estensiva

- Ambulatoriale
- Domiciliare

- Ambulatoriale
- Domiciliare
- Residenziale
- Semiresidenziale

Intensiva ospedaliera

TIPOLOGIA PRESTAZIONI

- Educazione/Rieducazione delle funzioni motorie;
- Educazione /Rieducazione delle funzioni cognitive;
- Educazione /Rieducazione delle funzioni cardio-respiratorie;
- Educazione /Rieducazione delle funzioni vescico-sfinteriche;
- Educazione /Rieducazione delle funzioni digestive;
- Educazione /Rieducazione delle funzioni sensoriali;
- Educazione /Rieducazione della funzione audiofonologica e del linguaggio;
- Educazione /Rieducazione delle attività della vita quotidiana e occupazionale;
- Educazione /Rieducazione neuropsicologica
- Educazione all'uso di protesi, ortesi e ausili;
- Interventi di educazione e tutoraggio per nursing riabilitativo ai caregiver

FREQUENZA TRATTAMENTI

- Trisettimanale
- Bisettimanale
- Altro _____

CICLO DI TRATTAMENTO GG. _____ CICLI NELL'ANNO _____

LO SPECIALISTA

Timbro con codice e firma

Data _____ *VALIDITA ANNUALE