ASP TRAPANI
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA

DISTRETTO DI MARSALA

UNITA' OPERATIVA ASSISTENZA PROTESICA E RIABILITATIVA
Tel. 0923 717735

Cognome e nome _____ **nato a** _____

il _____ **residente a** _____ **via/C/da** _____

tel. _____ **c. fiscale** | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ricoverato presso _____

Dettagliata descrizione delle minorazioni o Invalidità _____

_____

_____

Dati anamnestici relativi alle minorazioni o Invalidità _____

_____

_____

Notizie particolari

Arti superiori
Può mangiare da solo? _____ Può scrivere da solo? _____ Può vestirsi da solo? _____

Arti inferiori*
Stazione eretta impossibile / possibile con appoggio / possibile senza appoggio

Arti inferiori*
Deambulazione impossibile / possibile con appoggio / possibile senza appoggio

Sviluppo psichico* normale / ritardato / deficitario

Linguaggio* normale / disartrico / ridotto / assente

Previsioni di recupero _____

Data _____

Il Sanitario

Nota Bene: In presenza di asterisco barrare la voce che interessa