

MODULO A.1: RICHIESTA PRESIDIO E PROTESI
DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA

(competente per tipologia di menomazione o disabilità)

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE N. 8 SIRACUSA



U.O.C. Medicina Riabilitativa di Siracusa

medprot.sr@asp.sr.it; tel. 0931/484611/4607/4708/4710/4719

U.O.S. Medicina Riabilitativa di Noto

medprot.noto@asp.sr.it; tel. 0931/890505/510/524

U.O.S. Medicina Riabilitativa Lentini-Augusta

medprot.augusta@asp.sr.it tel. 0931/909313/9318 medprot.lentini@asp.sr.it; tel. 095/909803/9812

SCHEDA INFORMATIVA PERCORSO RIABILITATIVO-ASSISTENZIALE:

Al Responsabile U. O. S. Medicina Riabilitativa

Distretto di: _____

L'Assistito/a _____ nato/a _____

Il _____ Residenza a _____ Via _____

☐ Indirizzo Posta Elettronica: _____

Contatti assistito/familiare/altro: ☐ Numero di telefono: _____

☐ Numero di telefono: _____

DIAGNOSI FUNZIONALE: _____

SI RICHIEDE:

() **PRIMA RICHIESTA**

() **RINNOVO**

() Descrizione: _____

Codice: _____

Gli adattamenti o le personalizzazioni eventualmente necessari _____

() Descrizione: _____

Codice: _____

Gli adattamenti o le personalizzazioni eventualmente necessari _____

INFORMAZIONI SUL SIGNIFICATO ED UTILIZZO DEL PRESIDIO/AUSILIO*:

() Tempo d'impiego _____

() Modalità di utilizzo _____

() Significato Terapeutico e Riabilitativo _____

() Eventuali controindicazioni _____

() Modalità di verifica degli esiti ottenuti rispetto a quelli attesi _____

Data _____

Timbro e firma del Medico Specialista (n. Iscrizione/Ordine)

(di strutture pubblica o convenzionata per specifica disabilità)

*La sezione relativa alle “informazioni sul significato ed utilizzo del presidio/ausilio” deve essere compilata obbligatoriamente in relazione all’andamento del programma terapeutico/riabilitativo.