

## Prescrizione di fisioterapia pediatrica

### Dati personali

Cognome:

Nome:

Via:

NPA/Località:

Data di nasc.:

Sexo:

Telefono:

### Destinatario:

### Assicurazione

Nome:

Via:

NPA/Località:

Legge/N° ass:

N° cas/data:

### Diagnosi

Causa:

 Indicazione 7351

### Trattamento terapeutico pediatrico

#### Obiettivo/i del trattamento

- Valutazione fisioterapica pediatrica
- Supporto per lo sviluppo globale, supporto sensorimotorio
- Propriocezione/coordinazione
- Miglioramento della funzione articolare di uno o più arti
- Miglioramento di una o più funzioni muscolari
- Analgesia/azione antinfiammatoria
- Rieducazione posturale
- Miglioramento della funzionalità cardio polmonare
- Linfodrenaggio o interventi sul sistema angiologico
- Gestione dei devices di supporto
- Istruzioni ai genitori/caregiver
- Altro:

#### Misure fisioterapiche

Numero trattamenti:

 Trattamento a domicilio 2 trattamenti al giorno Trattamento a lungo termine

Prescrizione:

Controllo medico dopo:

trattamenti

Si prega di prendere contatto:

 prima durante alla fine dei trattamenti

**I fisioterapisti possono modificare le misure prescritte in accordo col medico se ciò contribuisse a raggiungere efficacemente gli obiettivi preposti**

Medico:

Mail:

GLN:

RCC:

Data:

Fisioterapista:

Mail:

GLN:

RCC:

Data:

### Invio elettronico