



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Scheda Ambulatoriale di Valutazione Fisiatrica e Programma Riabilitativo

Data _____

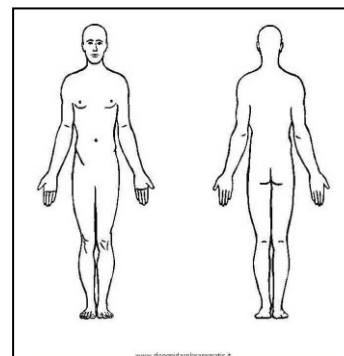
Utente _____ M-F Et  C.F. _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Motivo della richiesta di valutazione _____

Dati anamnestici _____

Valutazione Fisiatrica



Valutazione biopsicosociale (ICF). Legenda:

0 problema assente o trascurabile;

1 problema lieve;

2 problema medio (25-49%);

3 problema grave (50-95%);

4 problema totale

8 non specificato; 9 non applicabile.

Per Attivit  e Partecipazione indicare performance e capacit .

| Cod. | Descrizione | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
|------|--|---|---|---|---|---|---|---|
| b130 | Funzioni dell'energia e delle pulsioni | | | | | | | |
| b134 | Funzioni del sonno | | | | | | | |
| b152 | Funzioni emozionali | | | | | | | |
| b280 | Sensazione di dolore | | | | | | | |
| b710 | Funzioni della mobilit  dell'articolazione | | | | | | | |
| b730 | Funzioni della forza muscolare | | | | | | | |
| b735 | Funzioni del tono muscolare | | | | | | | |
| s7 | Strutture corporee | | | | | | | |
| d230 | Eseguire la routine quotidiana | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| d410 | Cambiare la posizione corporea di base (sdraiarsi, sedersi) | | | | | | | | |
| d415 | Mantenere una posizione corporea | | | | | | | | |
| d430 | Sollevarre e trasportare oggetti | | | | | | | | |
| d440 | Uso fine della mano (raccolgiare, afferrare, manipolare) | | | | | | | | |
| d445 | Uso della mano e del braccio | | | | | | | | |
| d450 | Camminare | | | | | | | | |
| d455 | Spostarsi (salire, saltare, correre) | | | | | | | | |
| d540 | Vestirsi | | | | | | | | |
| d640 | Fare i lavori di casa | | | | | | | | |
| d850 | Lavoro retribuito | | | | | | | | |
| d920 | Ricreazione e tempo libero (gioco,arte,sport,hobby) | | | | | | | | |
| e110 | Prodotti o sostanze per il consumo personale (cibo, farmaci) | | | | | | | | |
| e115 | Prodotti e tecnologie per l'uso personale nella vita quotidiana | | | | | | | | |
| e310 | Famiglia ristretta | | | | | | | | |

Scale di valutazione(VAS-SST-Barthel-Backill-WOMAC) _____

Prognosi Riabilitativa _____

PROGRAMMA RIABILITATIVO (breve differibile programmato)

Numero sedute _____ **Frequenza** _____

Obiettivi _____

Metodologia _____

Autotrattamento, educazione, consigli vari _____

Prescrizione(codici) _____

Prestazioni prescritte non a carico del SSN _____

Visita di controllo _____ :

Il Fisiatra _____