



**SCHEDA DI PROGRAMMA RIABILITATIVO LOGOPEDICO**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Reparto: \_\_\_\_\_ Letto n. \_\_\_\_\_

Data inizio trattamento: \_\_\_\_\_ Data fine trattamento: \_\_\_\_\_ Log. \_\_\_\_\_

**Sintesi Menomazioni/Disabilita' – Attivita'/Partecipazione:**

DISARTRIA (b320)	
AFASIA (b167)	
DISFAGIA (b5105)	
DEFICIT NEUROPSICOLOGICI (b140-b189)	
ALTRO	

**OBIETTIVI:**


**METODOLOGIA OPERATIVA:**


**Valutazione iniziale:**


**Valutazione finale:**


Data	Logopedista	Data	Logopedista	Data	Logopedista	Data	Logopedista	Data	Logopedista
------	-------------	------	-------------	------	-------------	------	-------------	------	-------------

