



**SCHEDA DI PROGRAMMA RIABILITATIVO
TERAPIA OCCUPAZIONALE**

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____
Diagnosi: _____
Data inizio trattamento: _____ Data fine trattamento: _____ T.O. _____

Valutazione arto superiore:

	INGRESSO	DIMISSIONE
Nine Hole Peg Test		
Box and Block		
JHFT		
Fugl Meyer UL*		

*M: motricità; S: sensibilità; R: R.O.M; D: dolore

**Riepilogo del livello d'indipendenza e dei deficit neuro-comportamentali (A-ONE)
all'ingresso:**

Obiettivi:

Metodologia operativa:

