



PRESCRIZIONE DI FISIOTERAPIA PEDIATRICA

Dati personali

Cognome	
Nome	
Via	
NPA/Località	
Data di nascita	
Telefono privato	
Telefono ufficio (genitori)	
Assicuratore	
N°assicurato	

Diagnosi

Invio separato al medico di fiducia

Malattia Incidente Invalidità

Trattamento di fisioterapia pediatrica proposto (parte riservata al medico)

Obiettivo/i del trattamento

- Valutazione fisioterapica
- Stimolazione globale dello sviluppo, stimolazione sensomotora
- Propriocezione/coordinazione
- Recupero della funzione articolare di uno/più arti
- Recupero della funzione muscolare di uno/più gruppi muscolari
- Analgesia/azione antinfiammatoria
- Ginnastica posturale
- Recupero della funzione cardiopolmonare
- Scelta ed adattamento dei mezzi ausiliari
- Istruzioni ai genitori/persone coinvolte
- Altro

Misure fisioterapiche

(parte riservata al medico, da compilare se desiderato)

Il medico ritiene che si tratti di un handicap cronico o a rischio di cronicità.

Numero trattamenti Trattamento a domicilio 2 trattamenti al giorno

Prescrizione prima seconda terza quarta trattamento a lungo termine

Controllo medico dopo trattamenti Noleggio di apparecchiature

Si prega di prendere contatto prima durante alla fine dei trattamenti

Il fisioterapista può scegliere o modificare le misure fisioterapiche in accordo con il medico, se ciò contribuisce a raggiungere in modo più efficace l'obiettivo del trattamento.

Medico (timbro): N°CCMS

Data/Firma

Fisioterapista (timbro): N°CCMS

Data/Firma

Osservazioni