

CARTELLA FISIOTERAPICA

Signor/a _____ Nato/a il _____ C.F. _____

Informazioni di contatto

Residente a _____ CAP _____
Via/P.za _____
Telefono _____ E-mail _____
Medico di riferimento _____

Motivi per i quali il paziente richiede l'intervento del fisioterapista

Area per la descrizione dei motivi per i quali il paziente richiede l'intervento del fisioterapista.

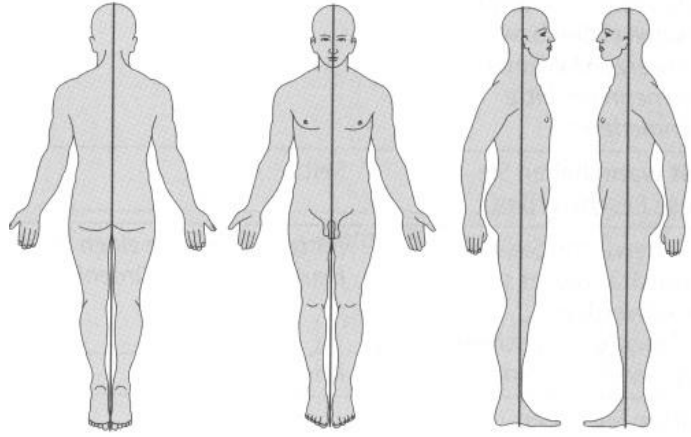
Dati rilevanti per la programmazione dell'intervento fisioterapico

(storia clinica, diagnosi mediche, prescrizioni, visite specialistiche, esami diagnostici, interventi chirurgici, terapia farmacologica, lavoro, sport/hobby, precedenti interventi fisioterapici...)

Area per la descrizione dei dati rilevanti per la programmazione dell'intervento fisioterapico.

Valutazione fisioterapica

(descrizione e quantificazione dei problemi di salute del paziente tramite: esame posturale e cinesiologico, misurazioni, test, scale di valutazione, descrizioni del problema date dal paziente...)



Area per la descrizione e quantificazione dei problemi di salute del paziente tramite: esame posturale e cinesiologico, misurazioni, test, scale di valutazione, descrizioni del problema date dal paziente...

**Presenza di elementi che suggeriscano il rinvio ad altro professionista
o controindicazioni al trattamento fisioterapico**

Diagnosi fisioterapica

(ipotesi dei rapporti di causalità tra disabilità e alterazioni funzionali e strutturali rilevate nella valutazione)

Obiettivi del programma fisioterapico

(indicatori di esito relativi a disabilità e alterazioni funzionali che ci si propone di modificare con l'intervento fisioterapico)

Strategie di trattamento fisioterapico

(strategie di intervento attualmente previste per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti)

Il paziente comprende e accoglie la proposta di obiettivi e strategie di trattamento

Data _____

Firma _____

Valutazione di fine trattamento

(grado di raggiungimento degli obiettivi, fattori che hanno modificato il percorso di cura, indicazioni date al paziente per la continuità del percorso di cura, eventuale programmazione di controlli successivi...)

Data _____

Firma _____

