



ASL BT

PugliaSalute

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE
UOC Sovradistrettuale

Prot. _____

PROGETTO RIABILITATIVO
(Ex art. 26 L. 833/78)

Cognome e Nome _____	
Data e luogo di nascita _____	
Residenza _____	
Recapito/i telefonico/i _____	
Diagnosi riabilitativa	

DATI CLINICI

Situazione attuale: patologie da cui è affetto l'assistito, menomazioni e disabilità conseguenti
Valutazione clinico-funzionale

Scale di valutazione

Scala di Barthel	

Obiettivi riabilitativi

TIPO DI PRESTAZIONI

- Riabilitazione neuromotoria funzionale
- Logopedia
- Psicomotricità
- Terapia occupazionale

REGIME DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

EX ART. 26, L. 833/78:

- Domiciliare**
- Ambulatoriale singolo**
- Ambulatoriale di gruppo**
- Seminternato lieve**

Per n° totale di prestazioni/gg _____ con frequenza settimanale _____

→ Per le prestazioni domiciliari ogni ciclo non può superare n. 24 trattamenti

RESIDENZIALE EXTRAOSPEDALIERO:

- Internato base** "Il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, necessita di n. _____ gg. di trattamento riabilitativo residenziale estensivo. Il paziente richiede elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore) e non può essere avviato alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare".

Per le PRESTAZIONI DA EROGARSI A CICLI (ambulatoriali / domiciliari) :

Il paziente necessita di n. ____ cicli annui di terapia riabilitativa, costituiti ognuno da n. _____ prestazioni.

Schema da compilare nel caso di prestazioni da erogare a cicli alterni nell'anno		Frequenza settimanale
1° ciclo	Dalla data di presa in carico	
2° ciclo	Dopo mesi _____ dalla fine del ciclo precedente	
3° ciclo	Dopo mesi _____ dalla fine del ciclo precedente	

Luogo e Data _____

IL MEDICO _____

Spazio riservato all'autorizzazione Internato Base