

 <p><b>AUSL 4 TERAMO</b> Il meglio è nel tuo territorio</p>	<p><b>DIPARTIMENTO DISCIPLINE MEDICHE AUSL TERAMO</b> Direttore: Dott. G. Del Rosso <b>U.O.S. D. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE AZIENDALE</b> Dirigenti Medici Dott.ssa G. Franzone Dott. I. Pesare (Tel. 0861/429415)</p>	<p>Nota informativa: <b>PRI.</b></p> <p><b>N° 15</b></p> <p>Revisione 1 Del: 14/05/2018</p> <p>Pagina 1</p>
--	--	---

**NOTA INFORMATIVA -PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE**

Gentile Signore/a

Lei dovrà essere sottoposto/a al trattamento di **TRATTAMENTO DI RIABILITAZIONE CON PRI** (Progetto Riabilitativo Individuale) stilato dal medico Fisiatra, referente del programma riabilitativo personalizzato che verrà condiviso con lei.

Legga attentamente e firmi la presente nota informativa, prima di firmare il consenso informato per l'esecuzione delle cure.

Il programma riabilitativo comprende una parte valutativa e un Progetto Riabilitativo Individuale.

**Valutazione:** comprende la visita medica esame obiettivo e le scale di valutazione.

**Progetto Riabilitativo Individuale:** gli obiettivi raggiungibili (verranno concordati con il Fisiatra in rapporto alle potenziali possibilità di recupero funzionale), l'indicazione degli esercizi volti al recupero/tentativo della sua limitazione funzionale (riduzione del movimento e delle attività di vita quotidiana).

**Possibili alternative:** può concordare con il Fisiatra referente eventuale altro setting (contesto riabilitativo) appropriato valutando i tempi di attuazione, di recupero e le conseguenze sulla attività di vita quotidiana nella non condivisione/approvazione del programma riabilitativo proposto.

**Idoneità dell'Unità Operativa ad eseguire il trattamento proposto:** il servizio di U.O.S.D. di M.F.R. aziendale è idoneo ad eseguire i trattamento sopra descritti.

Speriamo con quanto sopra riportato, di essere stati esaurienti. Non esiti comunque a porci tutti i quesiti e le domande che riterrà opportune.

Il Signor /Signora: \_\_\_\_\_

Ha personalmente ricevuto la nota informativa per il PRI dal Dottor:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Firma \_\_\_\_\_

**AVVISO IMPORTANTE**

**Questo modulo, compilato e firmato, deve essere consegnato PRIMA dell'inizio del ciclo terapeutico unitamente alla prescrizione medica riportante il trattamento da eseguire.**

**La mancata consegna dello stesso costituisce impedimento per la effettuazione delle terapie.**