

REGIONE PIEMONTE

ASL/ASO _____

Si prescrive per:

Nome e Cognome _____

Data e luogo di nascita _____

Residente a _____

Diagnosi clinica _____

Diagnosi ICD – 10 OMS

- ASSE 1 disturbi relazionali
- ASSE 3 disturbi cognitivi
- ASSE 4 sindromi organiche
 - Disabilità motoria
 - Deficit sensoriale visivo
 - Deficit sensoriale uditivo
 - Malattia genetica cromosomica
 - Plurimenomazione
 - _____

Dispositivi prescritti

Personal Computer

Periferiche specifiche: _____

Dispositivi ad alta tecnologia per gli spostamenti: _____

Evidenziare il significato terapeutico riabilitativo: _____

data _____

timbro e firma del medico _____