



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

Sede legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO) - C.F. e P.I. 06827170017

Allegato 3

MODULO DI VALUTAZIONE FINALIZZATO ALLA PRESCRIZIONE DEL MONTASCALE

ASSISTITO _____ NATO IL _____

Il sottoscritto _____ Medico Specialista di _____

_____ del P.O./Distretto di _____

certifica quanto segue:

stato clinico e funzionale del paziente come da DM332/99:

contesto domiciliare dove verrebbe utilizzato

presenza di carrozzina idonea

SI ☐

NO ☐

presenza di un parente e/o caregiver di riferimento per la fase di addestramento all'uso:

SI ☐

NO ☐

se **SI** Sig. _____ tel _____

_____ li _____

Firma e timbro del Medico Prescrittore