

**Spazio a cura del professionista sanitario proponente:**

Gentile Signore/a \_\_\_\_\_

le consiglio la partecipazione ad un programma AFA per:

M.M.G. O MEDICO SPECIALISTA O PROFESSIONISTA SANITARIO PROPONENTE <i>(nome e cognome)</i>	LIVELLI DI CAPACITA' FUNZIONALE <i>(crocettare la patologia dell'assistito)</i>	TIPO DI AFA APPROPRIATA CORRISPONDENTE	TEST SU EQUILIBRIO (SPPB o 6MWT)
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	<p><b>Autonomia funzionale conservata</b></p> <p><i>(Es.: sindromi algiche da ipomobilità, osteoporosi, patologie croniche metaboliche e cardio /cerebrovascolari)</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p><b>AFA Bassa Disabilità</b></p> <p><i>OPPURE</i></p> <p><b>AFA Bassa Disabilità IN PISCINA</b></p>	
	<p><b>Autonomia funzionale conservata ma con presenza in anamnesi di almeno una caduta</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p><b>AFA OTAGO</b></p> <p><b>AFA Bassa Disabilità</b></p>	
	<p><b>MEDICO O PROFESSIONISTA SANITARIO DIP. RIABILITAZIONE</b> <i>(nome e cognome)</i></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	<p><b>Ridotta Autonomia funzionale</b></p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p><b>AFA Alta Disabilità</b></p>

Firma e/o timbro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_