

Nome	Età:	Reparto	
<b><u>CONSULENZA FISIATRICA-SERVIZIO DI RIABILITAZIONE</u></b>			
<b>PRI ( progetto riabilitativo individuale )</b>			
<u>Diagnosi</u>			
<u>Valutazione funzionale</u>			
<u>Condizione sociale</u>			
<u>Obiettivi</u>			
<b>Progetto/trattamento</b>			
<b>Rivalutazione /conclusioni</b>			
<u>Il Fisiatra:</u>		<u>Paziente /familiare</u>	<u>Data:</u>