

	<p>PROGETTO DELLA REGIONE LAZIO “FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE NEI PAZIENTI CON GRAVI PATOLOGIE NEUROMOTORIE” Azienda “Complesso Ospedaliero S. Filippo Neri” ausili.comunicazione@sanfilipponei.roma.it 0633062387 - 2811</p>
<p>Modulo 8: Comunicazione fine training</p>	

All'ACO San Filippo Neri
 Email: ausili.comunicazione@sanfilipponei.roma.it

Si comunica che in data _____ Il /la Sig./Sig.ra _____
(nome)

_____ Codice Fiscale _____
(cognome)

Ha terminato il periodo di training per l'utilizzo degli ausili individuati per la facilitazione della comunicazione

CHECK LIST VERIFICA AUSILI CONSEGNATI			
IDSFN	Elementi che compongono il sistema ausili	Conforme alla prescrizione	
		Si	No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Imballi originali conservati?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DDT Distributore	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Informativa per l'utente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

ALTRE ANOMALIE RISCONTRATE		
<input type="checkbox"/> PRODOTTO NON CONFORME PER GUASTO TECNICO		
Id. ACOSFN ¹	Modello	Problema Rilevato

NOTE E OSSERVAZIONI

Data⁽⁵⁷⁾ ____/____/____

Timbro e firma operatore CpA

Il familiare di riferimento
