

AFA - INDICAZIONE PER I CORSI

da compilare a cura del professionista sanitario che suggerisce il corso AFA

Per il Sig. /la Sig.ra Cognome e Nome

si consiglia la partecipazione ad un programma AFA (Attività Fisica Adattata):

M.M.G o MEDICO SPECIALISTA/ PROFESSIONISTA SANITARIO PROPONENTE	<input type="text"/> Cognome e nome
LIVELLI DI CAPACITÀ FUNZIONALE (INDICARE LA PATOLOGIA DELL'ASSITITO)	<i>Autonomia funzionale conservata</i> (Es. sindromi algiche da ipomobilità, osteoporosi, patologie croniche metaboliche e cardio/cerebro vascolari)
TIPO DI AFA APPROPRIATA CORRISPONDENTE	<i>AFA bassa disabilità (A TERRA)</i> <i>AFA bassa disabilità (IN PISCINA)</i>
EVENTUALE RACCOMANDAZIONE TEST SU EQUILIBRIO (SPPB O 6MWT)	<input type="text"/>

Note:

Data

Medicina di iniziativa
Regione Toscana