

Allegato B

REPORT PERIODICO ATTIVITA'

Data __/__/__

Erogatore _____ Sede _____

Periodo di riferimento dal __/__/__ al __/__/__

Tipologia di programma attivato

○ AFA A autonomia funzionale conservata

N° sedi di erogazione _____

N° corsi _____

N° complessivo partecipanti _____

○ AFA B OTAGO rischio cadute

N° sedi di erogazione _____

N° corsi _____

N° complessivo partecipanti _____

○ AFA C ridotta autonomia funzionale

N° sedi di erogazione _____

N° corsi _____

N° complessivo partecipanti _____

Eventi clinici avversi in corso di partecipazione relativi a:

○ apparato muscoloscheletrico n° _____

○ apparato cardiovascolare n° _____

○ apparato respiratorio n° _____

Persone rinviate dalla struttura al MMG perché non idonee all'attività

Persone rinviate n° _____

SUGGERIMENTI O RICHIESTE DEGLI UTENTI
