**DIPARTIMENTO UNIVERSITARIO CLINICO DI SCIENZE MEDICHE**

**CHIRURGICHE E DELLA SALUTE**

****

**UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI TRIESTE**

**CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA**

## CARTELLA RIABILITATIVA

#### Dati dello studente

**Nome** **Cognome**

**Anno di corso** 1°

**Sede di tirocinio**

**Terapista di riferimento (contratto formativo)**

Francesco Mocibob

**Periodo di tirocinio**

### DATI PAZIENTE

**Cognome** **Nome**

**Data di nascita** **Luogo di nascita**……/……………….

**Domicilio**…………/……………………………………………………………………**Telefono**…………………………/……………………………………………………..

**DIAGNOSI**:

**PATOLOGIE ASSOCIATE:**

### ANAMNESI E PRECEDENTI RIABILITATIVI:

**INDAGINI STRUMENTALI**

## OSSERVAZIONE DIRETTA

**Effettuata in date:**

**Posizione supina:**

Posizione seduta:

**Stazione eretta**

**Arto superiore:**

**Arto inferiore:**

**Modalità dei passaggi posturali:**

**Osservazione della deambulazione**

**Problemi cognitivi:**

**Altro**: