

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

Note:

Data

Firma e/o timbro
del medico

*Short physical performance battery **6 minutes walking test