

SCREENING DEFORMITA' VERTEBRALI

Comunicazione alla famiglia

Esito dello screening di I livello di
effettuato presso.....
in data.....

Esito:

- Non vi è necessità di altri controlli
- Ricontrollare tra 6 mesi
- Ricontrollare tra 1 anno
- Effettuare visita specialistica di II livello

Note:.....
.....
.....

Responsabile screening

Nome.....

Qualifica.....

Indirizzo.....

Telefono.....

E-mail.....

Firma
