## **DIARIO EVENTI AVVERSI**

Segna che tipo di evento avverso si è manifestato, la data e se è sorto durante l'attività motoria/esercizi riabilitativi e/o dopo.

## Compila come nell'esempio.

DATA	MOMENTO DI INSORGENZA	NAUSE A	VOMIT O	MAL DI PANCIA	MAL DI TESTA	DOLORI MUSCOLARI (specificare dove)	CRAMPI MUSCOLAR I (specificare dove)	VAIVIPATE	VERTIGINI	EMATOMI (specificare dove)	ALTRO
10/05/2020	DURANTE	X	X	Х				X			Durante es rinforzo n.2
	DOPO										
	DURANTE										
	DOPO										
	DURANTE										
	DOPO										
	DURANTE										
	DOPO										
	DURANTE										
	DOPO										
	DURANTE										
	DOPO										