**DIARIO PARAMETRI**

**Diario da adattare ai singoli pazienti/centri con i parametri che si ha la necessità di monitorare (ne abbiamo riportarti alcuni di esempio), ricordarsi di specificare al paziente QUANDO vanno rilevati (es. prima, durante e/o dopo) e COME (con scale di misura, ecc).**

**Riporta i parametri richiesti dal tuo terapista e la data in cui sono stati rilevati. Presta attenzione al momento in cui devi rilevarli (prima, durante o dopo)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **MOMENTO di RILEVAZIONE** | **TEMPERATURA** | **PIASTRINE**  **(numero e data di rilevazione)** | **GLOBULI BIANCHI (numero e data di rilevazione)** | **EMOGLOBINA**  **(valore e data di rilevazione)** | **PRESSIONE** | **AFFATICAMENTO/SFORZO** | **DOLORE** | **SpO2** |
| 10/05/2020 | Durante es 2  aerobico | / | / | / | / | / | BORG= 5 | VAS= 3  (ginocchio sx) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DIARIO EVENTI AVVERSI**

**Diario da adattare ai singoli pazienti/centri con gli eventi che si ha la necessità di monitorare (ne abbiamo riportarti alcuni di esempio)**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **MOMENTO DI INSORGENZA** | **NAUSEA** | **VOMITO** | **MAL DI PANCIA** | **MAL DI TESTA** | **DOLORI MUSCOLARI (specificare dove)** | **CRAMPI MUSCOLARI (specificare dove)** | **VAMPATE**  **DI CALORE** | **VERTIGINI** | **EMATOMI**  **(specificare dove)** | **ALTRO** |
| 10/05/2020 | DURANTE | X | X | X |  |  |  | X |  |  | Durante es rinforzo n.2 |
| DOPO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | DURANTE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DOPO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | DURANTE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DOPO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | DURANTE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DOPO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | DURANTE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DOPO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | DURANTE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DOPO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |