**PROGRAMMA RIABILITATIVO**

**Nome: Cognome:**

**Data da nascita:**

**Nome, cognome e contatto caregiver:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATEGORIA** | **NUMERO**  **(sito)** | **POSIZIONE** | **DESCRIZIONE** | **ATTENZIONE A** | **NUMERO RIPETIZIONI** | **NUMERO DI SERIE/TEMPO** | **NUMERO VOLTE A SETTIMANA** |
| equilibrio | Eqdin02 | In piedi | Cammino su linea con lancio palla | Fare passi piccoli | 5 | / | 3 |
| aerobico | Aer07 | In piedi | Salto della corda piedi uniti | No BORG >12 | 3 | 3 minuti | 4 |
| rinforzo | Rin10 | Supino | Porto il ginocchio al petto e ritorno | Eseguire lentamente | 10 | 3 | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Devo eseguire questo allenamento fino al** (data):

**Note:** es. in caso di eventi avversi interrompere l’esercizio e segnalare al terapista

**Terapista: Contatto:**

**Struttura: Contatto:**