

## ATTIVITA' FISICA ADATTATA - SCHEDA INDIVIDUALE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Centro AFA \_\_\_\_\_

Età(\*) \_\_\_\_\_ Sesso(\*) \_\_\_\_\_ Comune Residenza(\*) \_\_\_\_\_

### Che titolo di studio possiede?

- elementare
- media
- media superiore
- università
- altro

### E' stata la sua prima iscrizione a un corso AFA?

- sì, è la prima volta
- no, ho già frequentato dei corsi AFA

### Come è venuto/a a conoscenza dei corsi AFA?

- dalla pubblicità / dal comune / da mezzi di informazione
- da amici / conoscenti
- dal medico di base
- dal servizio di riabilitazione della ASL TO4
- da altre iniziative promosse dall'ASL TO4 (gruppi cammino, conferenze, progetti ...)
- da altro medico specialista (ortopedico, reumatologo ...)
- altro (specificare)

### Per quale motivo partecipa al corso?

- mal di schiena
- dolore/rigidità cervicale
- problemi articolari di spalle/braccia
- problemi articolari di anche/ginocchia
- portatore di protesi di anca/ginocchio
- per migliorare le capacità di movimento
- altro (specificare)

### A fine attività ha avuto un miglioramento delle capacità di movimento?

- nessun miglioramento
- lieve miglioramento
- discreto miglioramento
- buon miglioramento
- completo miglioramento

### Se prima dell'attività aveva dolore, dopo il corso c'è stato un miglioramento?

- nessun miglioramento
- lieve miglioramento
- discreto miglioramento
- buon miglioramento
- dolore scomparso

### Quale è il suo gradimento complessivo dell'attività a cui ha partecipato?

- insoddisfacente
- sufficiente
- discreto
- buono
- ottimo

### Giudizio dell'istruttore sull'efficacia del corso per questo/a iscritto/a

- non è servito
- parzialmente utile
- molto utile

Numero di lezioni frequentate

**NOTA BENE.** I dati raccolti con la presente scheda, saranno utilizzati dall'ASL TO 4, in forma anonima, ed esclusivamente per usi statistici, epidemiologici e per il miglioramento del servizio fornito.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

FIRMA \_\_\_\_\_

(\*) informazioni prese dal tesseramento UISP