



Allegato A1 al Decreto n. del pag. 1/1

SCHEDA DI VALUTAZIONE CONGIUNTA PER IL POSIZIONAMENTO DI ELETTROCATETERI PER LA NEUROSTIMOLAZIONE SPINALE

Trattamento del dolore resistente non oncologico con i dispositivi per neurostimolazione spinale

Cognome e Nome Paziente: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

affetto/a da \_\_\_\_\_

SI DICHIARA che il team multidisciplinare, espletate le valutazioni cliniche necessarie (allegare documentazione), in merito al posizionamento di uno o più elettrodi per neurostimolazione, ha espresso:

- parere favorevole alla procedura
parere non favorevole alla procedura

In caso di parere favorevole, SI DICHIARA inoltre che la decisione è stata condivisa:

- sulla base delle linee di indirizzo regionali
NON secondo le linee di indirizzo regionali
Specificare le motivazioni:

Three horizontal lines for specifying motivations.

Data \_\_\_\_\_

Il team multidisciplinare:

Table with 4 columns: Esperto del Team, Nome e Cognome, Struttura/Azienda, Firma. Rows include Anestesista, Chirurgo del rachide, Specialista di riferimento, Psicologo/Psichiatra.

N.B.: scheda da conservare in cartella clinica