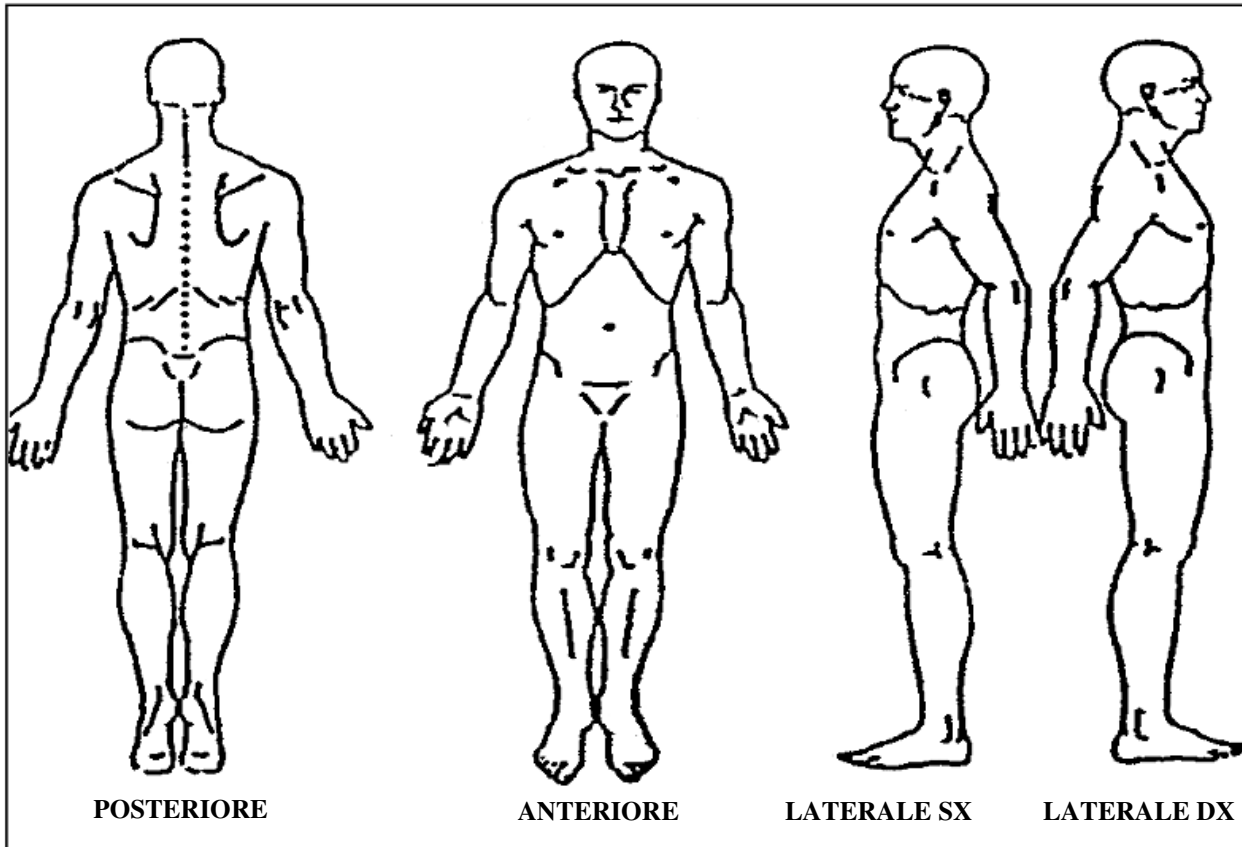


**SCHEDA DI VALUTAZIONE LIVELLO SER 1 - T&T - Trattamento & Tirocinio**



**APPARATO MASTICATORIO**

COMMENTI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RILASCIO SOMATO EMOZIONALE**

COMMENTI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SIMBOLI DA UTILIZZARE PER LA VALUTAZIONE**

 <b>DISFUNZIONI FASCIALI</b>	 <b>DISFUNZIONI ARTICOLARI</b>
 <b>DISFUNZIONI POSTURALI</b>	 <b>CISTI ENERGETICHE</b>
<b>MERIDIANI - MEDICINA TRADIZIONALE CINESE</b>	<b>CHAKRA - MEDICINA TRADIZIONALE CINESE</b>

NOME UTENTE \_\_\_\_\_ ETÀ \_\_\_\_\_

COGNOME NOME OPERATORE \_\_\_\_\_ LIVELLO CST ACQUISITO: \_\_\_\_\_

**T&T - SCHEDA DI VALUTAZIONE PER TRATTAMENTO & TIROCINIO – LIVELLO SER 1**

**VALUTAZIONE TECNICA – PRIMA DEL TRATTAMENTO**

*(dati emersi dalla valutazione / problematica del paziente / elaborazione del piano operativo)*

---

---

---

---

---

**TECNICHE DI TRATTAMENTO CST/SER ESEGUITE**

*(esplicitare in modo adeguato le tecniche applicate)*

---

---

---

---

---

**ALTRE TECNICHE EVENTUALI DA SUGGERIRE NELL'APPLICAZIONE**

*(connessione interdisciplinare inerente a proprie altre eventuali specializzazioni e i contenuti del corso)*

---

---

---

---

---

**MODIFICHE OTTENUTE**

*(osservazioni in base alle eventuali modifiche avvenute dopo l'applicazione CST e modalità SER)*

---

---

---

---

---

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ FIRMA OPERATORE \_\_\_\_\_

*(La scheda di valutazione deve sempre essere accompagnata da “Consenso Informato” e “Liberatoria sulla Privacy” firmati dall’utente. Sulla scheda non dovranno essere riportati i dati sensibili dell’utente nel caso in cui la stessa scheda debba essere in seguito sottoposta a valutazione di terze persone, ameno di esplicito consenso dell’utente stesso o di chi per esso ne è il legale rappresentante). Per la compilazione della scheda, che riporta le azioni svolte, non sono ammessi termini terapeutici o azioni di diagnosi e cura.*