SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Logo Azienda	Cognome Nome Data di nascita N° CCI/Nosologico	Barcode

Test di cammino di 6 minuti *(Six Minutes Walking Test)*

Peso Kg ……	**Altezza cm** ……	**Età** ……

Data	**FC I b/m**	**FC F b/m**	**Distanza**	**V m/sec**	**Note, ausili**	**Firma**