

DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE  
U.O.C. CARDIOCHIRURGIA  
Direttore: Dott. Pasquale Fratto  
Segreteria: 0965.397683

## LETTERA DI DIMISSIONE

Signore/a: **PAZIENTEDUE BMM**

Indirizzo: -

Data Nascita: 16/01/1965

Codice Fiscale: PZNBMM65A16H224H



Ricovero dal 18/01/2024 al 22/01/2024 - Numero cartella clinica: 2024900009



Gentile Dottore,  
in data odierna viene dimesso Il Sig. BMM PAZIENTEDUE.

### DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE

Durante il periodo di ricovero, sono state implementate terapie cognitivo-comportamentali e farmacologiche, risultando in una significativa riduzione degli attacchi di panico.

### MOTIVO DEL RICOVERO

Disturbo di Panico senza Agorafobia

### DECORSO CLINICO ED EPICRISI

Durante il periodo di ospedalizzazione, il team medico ha valutato attentamente i sintomi presentati dal paziente, conducendo una serie di sessioni terapeutiche mirate a gestire e ridurre l'incidenza degli attacchi di panico.

### Anamnesi Patologica Remota:

Durante l'infanzia, il paziente ha sperimentato episodi ricorrenti di asma bronchiale, che sono stati trattati e gestiti efficacemente con l'ausilio di broncodilatatori e terapie antinfiammatorie. Le manifestazioni asmatiche sono diminuite significativamente nel corso degli anni, senza ulteriori ricadute.

### INDAGINI DIAGNOSTICHE ESEGUITE

nessuna

### TERAPIA DURANTE IL RICOVERO

Le terapie utilizzate hanno incluso approcci cognitivo-comportamentali e farmacologici, adeguatamente personalizzati in base alle necessità specifiche del paziente.

### PROCEDURE STRUMENTALI E/O INVASIVE E/O INTERVENTO CHIRURGICO

nessuna

### CONDIZIONI CLINICHE ALLA DIMISSIONE

Il paziente ha dimostrato una risposta positiva alle terapie implementate, evidenziando una riduzione significativa nella frequenza e nell'intensità degli attacchi di panico.

#### PROGRAMMA ALLA DIMISSIONE

**Controlli programmati** non indicazioni/non eseguito

**Terapia alla dimissione/dieta** nessuna

**Note per il medico curante** Non ulteriori indicazioni rispetto al contenuto della lettera di dimissioni

**Contatto per urgenze** nessuna

**Medico di riferimento** nessuno

**Lettera firmata da:** Dott. MED CCE MED CCE (80082)

**Data e ora della firma:** 22/01/2024 08:55