

## U.O. Medicina Generale

Sig./Sig.ra **CITTASISS QUARANTASEI** nato/a il **28/01/1981**

Saronno,

Egregio Collega,

dimettiamo in data odierna la Sig.ra , nata il giorno //, ricoverata presso l'U.O. Medicina Generale della nostra Casa di Cura dal giorno //2012.

### PROVA DIMISSIONE SENZA DIAGNOSI DI DIMISSIONE

Durante la degenza eseguita valutazione clinico funzionale fisiatrica con indicazione alla prosecuzione del programma riabilitativo individuale in regime di degenza presso l'U.O. di Riabilitazione Generale Geriatrica/Mantenimento.

Durante la degenza eseguito training rieducativo assistito per il recupero minime autonomie nei passaggi di postura, verticalizzazione e cammino per brevi tratti con ausili/assistenza.

Durante la degenza eseguita valutazione fisiatrica per la prescrizione degli ausili (mod.03) necessari in previsione del rientro a domicilio. Attivato inoltre servizio ADI per la gestione del catetere vescicale/la prosecuzione delle medicazioni a domicilio.

Compatibilmente con le condizioni cliniche generali e per il decadimento cognitivo in atto non si ritiene proponibile il trasferimento in Riabilitazione Intensiva per le limitate potenzialità di recupero funzionale

Si dimette in condizioni cliniche stazionarie,

### TERAPIA CONSIGLIATA:

La terapia può essere proposta anche con nomi commerciali per agevolare il paziente. In base alle leggi vigenti la terapia è sostituibile con equivalente generico.

### SI CONSIGLIA:

Cordiali saluti,

Il Medico di Reparto  
Dr.

IN CASO DI NECESSITA' CONTATTARE IL NUMERO DEL CENTRALINO