

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	LIETO	<b>Nome</b>	LILIANA	<b>Anno di nascita</b>	1961	<b>Cartella clinica n.</b>	2558/1	<b>Letto e stanza</b>	4, 2
----------------	-------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	--------	-----------------------	------

**DOCUMENTO DI SINTESI****GENERALITÀ DELL'ASSISTITO:****Cognome:** LIETO**Nome:** LILIANA**Sesso:** F

nata a Portici il 09/10/1961 residente a Via Gennaro Capuozzo 3 (NA), in San Giorgio a Cremano

**Codice Fiscale:** LTILLN61R49G902V**Telefono paziente:** 3383920872 marito 3402298076 assistita**Tutore:****Telefono:**

Il paziente proviene dall'Unità di Cura Residenziale per Riabilitazione Estensiva (RD1 Estensiva) Centro Anna Rita Buonincontro S.r.l. Via Prof. Filippo Manna 23, Casalnuovo (NA) contattabile al nr. 081 522 7676

**Diagnosi di ingresso:** Lesione interna del ginocchio non specificata**DATI CLINICI:**

Disturbi del comportamento	NO	S. ansioso-depressiva
Malattie infettive e contagiose in atto	NO	n.d.
Allergie a Farmaci	NO	n.d.

**Terapia Farmacologica in atto (tipo e posologia):**

Farmaco: Omeprazolo

Orario: 06:30

Note: 1 cp ore 06.30 prima di colazione

Farmaco: Sertralina

Orario: 08:00

Note: 1 cp ore 08.00

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	LIETO	<b>Nome</b>	LILIANA	<b>Anno di nascita</b>	1961	<b>Cartella clinica n.</b>	2558/1	<b>Letto e stanza</b>	4, 2
----------------	-------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	--------	-----------------------	------

Farmaco: Delorazepam

Orario: 08:00, 14:00, 22:00

Note: META' compressa ore 08.00

META' compressa ore 14.00

META' compressa ore 22.00

Farmaco: Venopiant

Orario: 10:00

Note: 1 bustina ore 10.00 ( lontano dai pasti )

Farmaco: Enoxaparina

Orario: 20:00

Data fine: 13/06/2024

Note: 1 fiale sottocutanea ore 20.00

Farmaco: Reumaflex

Orario: 17:00

Note: 1 fiala sottocutanea a settimana ( il martedì )

prox somministrazioni: 11/06 - 18/06 - 25/06

Farmaco: Annister

Orario: 12:00

Note: 1 flaconcino durante il pasto ( ore 12.00 ) al mese

prossima somministrazione: 09/07/2024

Farmaco: Tachipirina

Note: 1 cp in caso di s. dolorosa o iperpiressia

Farmaco: Folifill

Orario: 08:00

Note: 2 cp insieme ogni 7 giorni

prossime somministrazioni: 13/06 - 20/06 - etc..

Altre terapie specifiche:

Dialisi	NO	n.d.
---------	----	------

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	LIETO	<b>Nome</b>	LILIANA	<b>Anno di nascita</b>	1961	<b>Cartella clinica n.</b>	2558/1	<b>Letto e stanza</b>	4, 2
----------------	-------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	--------	-----------------------	------

Chemioterapia	NO	n.d.
Radioterapia	NO	n.d.
Altro	SI	In trattamento con Reumaflex 1 fiala / settimana
Lesioni da decubito	NO	n.d.
Altre ulcere cutanee	NO	n.d.

Respiro:	Autonomo	n.d.
Nutrizione:	OS	n.d.
Apparato urinario:	Continente	
Alvo:	Stipsi (trattamento abituale)	Incontinenza da urgenza/ sforzo
Arteriopatie periferiche:	no	
Trombosi venose:	No	Adozione di calze antitrombo post intervento di protesi di ginocchio.
Ausili propri:		n.d.

**Funzionalità motoria**

Si muove spontaneamente nel letto	SI	
Cambia postura da solo	SI CON AIUTO	
Può mantenere la posizione seduta	SI	
Può caricare gli arti inferiori	SI	
Cammina	SI	Autonomo
Usa efficacemente le mani	SI	

Recapiti del Direttore Sanitario del Centro: 081 522 7676

**Data**

10/06/2024

**Firma Direttore Sanitario/Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed

Odontoiatri