

PAZIENTE:

Cognome	GOTTI	Nome	DEBORAH	Anno di nascita	1985	Cartella clinica n.	000288/1
---------	-------	------	---------	-----------------	------	---------------------	----------

## SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

### Valutazione finale di dimissione

MOTIVO:

Termine del contratto terapeutico ASL e suo mancato rinnovo.

DIAGNOSI IN INGRESSO:

Paraparesi spastica

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Paraparesi spastica

### INFORMAZIONI SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE NECESSITA' ASSISTENZIALE A DOMICILIO

#### *Osservazione finale di dimissione:*

Paziente con paraparesi, ha effettuato terapia riabilitativa neuromotoria in regime ambulatoriale su prescrizione dell'ASL di competenza lavorando sugli obiettivi definiti nel P.R.I.: migliorare la stabilità posturale, migliorare il tono-trofismo e migliorare la deambulazione. Il quadro funzionale è rappresentato da una maggiore compromissione a carico dell'arto inferiore sinistro in termini di reclutamento motorio con franco deficit di dorsiflessione vicariato da tutore AFO, concomitante gonalgia recidivante in passato trattata con gel piastrinico in altra struttura. Il programma neuromotorio è stato impostato con esercizi di allungamento muscolare, equilibrio, coordinazione e training deambulatorio, oltre a tecniche posturali globali. Al termine del percorso terapeutico la paziente ha mantenuto le sue risorse prestazionali globali incrementando stabilità posturale e gestione dei trasferimenti.

#### *Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza domiciliare:*

Si consiglia il monitoraggio prestazionale della paziente programmando controlli medici specialistici di riferimento (fisiatra ed ortopedico) e percorsi terapeutici riabilitativi.

#### *Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:*

Utile il monitoraggio del tutore AFO in uso per eventuali rimodulazioni dello stesso.

**Note:**

n.d.

**N.B.** copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all'ASL competente.

DATA 17/01/2023

Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	GOTTI	<b>Nome</b>	DEBORAH	<b>Anno di nascita</b>	1985	<b>Cartella clinica n.</b>	000288/1
----------------	-------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

Firma del paziente (familiare/tutore se minore) \_\_\_\_\_