

**PAZIENTE:**

Cognome	ESPOSITO	Nome	SALVATORE BENEDETTO	Anno di nascita	2013	Cartella clinica n.	000180/1
---------	----------	------	------------------------	-----------------------	------	---------------------------	----------

## SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

### Valutazione finale di dimissione

**MOTIVO:**

Termine del percorso terapeutico su disposizione dell'ASL di competenza.

**DIAGNOSI IN INGRESSO:**

Paziente con disturbo del linguaggio e difficoltà negli apprendimenti

**DIAGNOSI DI DIMISSIONE:**

Paziente con disturbo del linguaggio e difficoltà negli apprendimenti in evoluzione positiva

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

*Osservazione finale di dimissione:*

b.no con diagnosi di disturbo de linguaggio e dell'apprendimento , ha effettuato percorso riabilitativo logopedico con l'obiettivo di migliorare le prassie LBF,il profilo, fonologico,semantico-lessicale e l'area degli apprendimenti e del calcolo; al termine del percorso riabilitativo Salvatore risulta migliorato nelle diverse aree di intervento,ridotti gli errori in cifratura e decifratura, le abilità dialogico-narrative ed i processi di calcolo e problem-solving.

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

Si consiglia il monitoraggio ed il profilo prestazionale di Salvatore sotto il profilo didattico e degli apprendimenti in generale.

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

Non si ritiene di fornire particolari indicazioni in tale ambito, si raccomanda comunque di mantenere un adeguato flusso informativo con il personale docente di riferimento.

**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 28/12/2022

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

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

Cartella Clinica ex Art. 26 L. 833/78

Ed. 2 Rev. 0.0 - 01/01/2022