

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 6D - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE FINALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente con tetraparesi spastica presenta uno scarso controllo del tronco con impossibilità alla stazione eretta e alla deambulazione.
Le ginocchia si presentano in flessione seppur mobili passivamente, ma non si raggiunge la completa estensione. Polso sinistro bloccato in flessione.

TESTS SOMMINISTRATI:

Vedi test allegati.

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

Il trattamento prevede esercizi di mobilizzazione passiva, lievi esercizi di allungamento muscolare, esercizi atti favorire il controllo del tronco, cambi postura li.

OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO

Data: 27/04/2022

Torre del Greco, 27-04-2022

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 6A - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE INIZIALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente di anni 17 con tetraparesi spastica, deficit cognitivo, epilessia farmacoresistente.
Si presenta allettato con deficit del controllo del tronco e del capo in posizione seduta.
polso sinistro rigido in flessione.

TESTS SOMMINISTRATI:

Vedi test allegati

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

Il trattamento prevede esercizi di mobilizzazione passiva, lievi esercizi di allungamento muscolare, esercizi atti a favorire il controllo del tronco.

Prevenire danni secondari.

Data: 16/05/22

Torre del Greco, 16-05-2022

AMMINISTRATORE

OREFICE LUISA

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 6B - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI
VALUTAZIONE BIMESTRALE:
OUTCOME INTERMEDI:

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO
1	Mantenimento abilità' residue	SI P.R. NO
2	Favorire passaggi posturali	SI P.R. NO
3	Evitare danni secondari e terziari	SI P.R. NO
4	Favorire controllo del tronco	SI P.R. NO
		SI P.R. NO

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente allettato con tetraparesi spastica. Scarso controllo del tronco e del capo in posizione seduta. Grave scoliosi.

Data: 15/09/22

Torre del Greco, 15-09-2022

AMMINISTRATORE

OREFICE LUISA

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 6B - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI
VALUTAZIONE BIMESTRALE:
OUTCOME INTERMEDI:

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO
1	Favorire il controllo del tronco	SI P.R. NO
2	Prevenire danni secondari e terziari	SI P.R. NO
3	Favorire passaggi posturali	SI P.R. NO
4	Mantenimento dei rom	SI P.R. NO
		SI P.R. NO

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente con tetraparesi spastica è grave deficit cognitivo. Non deambulante, scarso il controllo del tronco in posizione seduta. Rigidità articolare in particolare polso e piede sinistri.

Data: 17/07/22

Torre del Greco, 29-09-2022

AMMINISTRATORE

OREFICE LUISA

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Annunziata Guglielmo, 18 anni, è sottoposto a trattamento riabilitativo per "tetraparesi spastica, in paziente con microcefalia, plagiocefalia ed epilessia farmacoresistente". Effettua RNM 3/6. Al momento del colloquio, avvenuto con la madre in data 12/09/2023 Guglielmo appare vigile ma incapace di comunicare i propri bisogni, se non attraverso il pianto. Il ragazzo vive con i genitori e le sorelle minori e può contare sul supporto e il sostegno fornito da una fitta rete familiare. Trascorre gran parte del proprio tempo a letto o in carrozzino e necessita di continua assistenza per lo svolgimento di attività di vita quotidiana. Utilizza presidi per l'incontinenza e necessita di stimolazione manuale per vuotare l'alvo. Alimentazione semi-solida.

Torre del Greco, 12-09-2023

CASE MANAGERDott.ssa
MAUTONE GIUSI

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	12-09-2023
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	celibe	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	pensionato	Telefono	3317338984
È seguito dal servizio sociale di	no		

L'utente e/o caregiver riferisce:

Assegno di cura	SI	NO
Invalidità civile	SI	100 % NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO
Art. 3 comma 3		

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Garofalo	Nome	Natalia
Rapporto di parentela	madre		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3317338984
2)Cognome	Annunziata	Nome	Massimiliano
Rapporto di parentela	padre (portiere)		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3338130040
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale	Garofalo Natalia		
N° componenti del nucleo familiare	5		
Composto da	utente, genitori e 2 sorelle (12 a., 8 a.)		

Situazione abitativa:

L'abitazione dove la persona risiede si trova	In centro (del comune) Fuori dal centro (periferia) È isolata
L'abitazione è adeguata alle esigenze della persona?	Si, è una casa confortevole Si, è appena sufficiente No, è insufficiente
Quali presidi/ausili utilizza in e fuori casa?	Pannolini Acqua gel Sedia a rotelle Materasso antidecubito Letto ortopedico Altro (specificare)
A che titolo l'utente occupa l'abitazione?	Affitto Proprietà Comodato Altro titolo

Situazione socio-familiare:

La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?	Parenti: Rete familiare presente Amici Vicini Persone appartenenti ad una associazione di volontariato Nessuno
La famiglia fa ricorso o ha fatto ricorso in passato per la cura della persona disabile a servizi di assistenza domiciliare, da parte di personale incaricato dalla Asl o Comune?	Nessun servizio Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...) Ass. domiciliare solo sanitaria Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale) Altro (specificare)
Per quante ore in media alla settimana?	
La famiglia, per la cura della persona disabile, quali dei seguenti servizi a pagamento utilizza?	Nessun servizio Assistenza domiciliare sanitaria Badante che coabita con la famiglia Badante che non coabita Altro (specificare)

Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione da lavoro Pensione sociale o di invalidità Pensione di reversibilità Assegno di accompagnamento Altri aiuti pubblici (specificare) - RDC sospeso Altro (specificare)
Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?	Visite e assistenza medico-sanitaria generica Visite assistenza medico-sanitaria specialistica Assistenza domiciliare stabile (badante) Medicinali Ausili vari: Alimentazione e creme Altri costi (specificare)
La persona disabile percepisce una delle seguenti forme di assistenza pensionistica o di contributi a sostegno del reddito?	Assegno ordinario di invalidità Pensione di invalidità civile Pensione di inabilità Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare)
La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare?	Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Orientamento permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali - rdc sospeso Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Parcheggio riservato + contrassegno parcheggio per disabili Collocamento mirato Orientamento Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare)
I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità	Non ha avuto difficoltà Difficoltà di accesso alle informazioni Tempi lunghi per avere la diagnosi definitiva Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico Problemi economici Problemi di inserimento nella società Problemi nelle relazioni con amici e parenti Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare) - Orientamento psicoterapia tramite asl
La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapista che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo Sottoposto a trattamento riabilitativo trisettimanale.

Osservazioni nel colloquio

Rete familiare presente.

Guglielmo trascorre gran parte del proprio tempo a letto o in carrozzina e necessita di continua assistenza per lo svolgimento di attività di vita quotidiana. Intervento di respite per la famiglia: Cooperativa Prodos (Dina Giannantonio).

Torre del Greco, 13-09-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa
Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di PCI
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	BDN05 Crerebropatia (BDN/BDT)-altra cerebropatia
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	b730.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.3.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

Mantenimento delle autonomie residue	
--------------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare autonomie

FASI E MODALITA' INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESITI ATTESI:

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	4/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	24-06-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 24-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base	competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie	Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti	Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali	Area emotiva - affettiva	

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente affetto da esiti di PCI, necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

- Migliorare ROM
- Migliorare forza
- Migliorare autonomie

METODOLOGIE OPERATIVE:

- Mobilizzazione attiva e passiva
- Rinforzo muscolare
- Miglioramento autonomie

OPERATORI:

TDr

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco, 24-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO INIZIO PROGETTO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, non collaborante, non orientato nel tempo e nello spazio; affetto da esiti di PCI, ridotto il ROM dei 4 arti, rigidità articolare, ridotto trofismo e forza muscolare; in sedia a rotelle; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie. Ricoverato recentemente per episodio di polmonite.

Torre del Greco, 24-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista.

Torre del Greco, 24-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 9 - DIMISSIONI
VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI
MOTIVO:

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	decesso del paziente
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# PCI		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	PCI		

INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

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:		Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco, 24-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE**

Nella sezione "Allegati" sono presenti i seguenti strumenti di valutazione:

- 1) Il questionario MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) per valutare il supporto sociale percepito dall'utente, proveniente dalla famiglia, dagli amici e da una persona particolarmente significativa.

Costituito da 12 items su scala tipo Likert a sette punti.

Un punteggio elevato sulla scala indica la presenza di un buon supporto, un punteggio basso indica invece scarse risorse sociali presenti nella vita della persona.

- 2) C. B. I. (Caregiver Burden Inventory) strumento di valutazione dello stress del caregiver correlato all'assistenza.

Compilato direttamente dal caregiver crocettando, per ogni domanda, la casella che più gli corrisponde; inoltre ha un punteggio separato per ogni dimensione indagata, diversamente da altri questionari che portano ad avere un risultato globale o unidimensionale.

Gli ambiti che indaga il C.B.I. sono:

- Carico oggettivo: si fa riferimento al tempo richiesto al caregiver per assolvere i suoi compiti di assistenza, facendo emergere il carico associato alla restrizione di tempo da dedicare a sé
- Carico evolutivo: in questa sezione si indaga la percezione del caregiver di sentirsi escluso, rispetto ad aspettative ed opportunità dei propri coetanei
- Carico fisico: in cui si fa emergere l'eventuale sensazione di problemi di salute e fatica cronica conseguenti all'assistenza
- Carico sociale: in cui viene descritta l'eventuale percezione di un conflitto di ruolo
- Carico emotivo: nell'ultima sezione si descrivono i sentimenti ed emozioni del caregiver verso il proprio familiare.

L'obiettivo principale è quello di far emergere il livello di burden dei caregiver e valutare successivamente la necessità o meno di un qualche intervento che possa essere efficace nella riduzione dei livelli di stress e comprendere in quale dimensione vi è maggiore bisogno di sostegno.

E' utile approfondire l'argomento.

Torre del Greco, 15-10-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa
Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE**

Guglielmo, 19 anni, è sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico 4 volte a settimana, considerando positiva la professionalità e la relazione con il terapista che pratica il trattamento.

Riconosciuta Invalidità civile 100% con indennità di accompagnamento.

Legge 104/92 art 3 comma 3

Il colloquio, avvenuto in data 21 novembre 2024, con i genitori di Guglielmo, riferiscono di percepire l'Assegno di cura e di usufruire di un'operatore, nelle ore diurne, che possa supportare la madre nella cura e assistenza del figlio.

L'utente vive con entrambi i genitori e le due sorelle (13 a. - 9 a.)

Presente la rete familiare

Torre del Greco, 21-11-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa
Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Torre del Greco, 25-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Tetraparesi Spastica
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	BDN05 Crerebropatia (BDN/BDT)-altra cerebropatia
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	14 b730.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.3.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	5
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	5

OUTCOME GLOBALE

Mantenimento delle autonomie residue	
--------------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare autonomie

FASI E MODALITA' INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESITI ATTESI:

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	4/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	03-01-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco,03-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base	competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie	Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti	Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali	Area emotiva - affettiva	

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente con tetraparesi Spastica; necessita di grande assistenza per le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare compliance respiratoria

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Miglioramento autonomie

OPERATORI:

TDR

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco, 03-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO INIZIO PROGETTO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, non collaborante, non orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Tetraparesi spastica da PCI; ridotto ROM dei 4 arti (AAII e gomito sinistro in particolar modo), ridotta forza e trofismo muscolare, in sedia a rotelle, rigidità articolare e difficoltà di deglutizione e respirazione, importante scoliosi; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 03-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista.

Torre del Greco, 03-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO			
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569			

MOTRICITY INDEX

Arto superiore destro	Punteggio						
	Presa a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione spalla	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto superiore Dx: 47 /100							

Arto superiore sinistro	Punteggio						
	Presa a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione spalla	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto superiore Sx: 29 /100							

Arto inferiore destro	Punteggio						
	Dorsi flessione caviglia	0	9	14	19	25	33
	Estensione ginocchio	0	9	14	19	25	33
	Flessione anca	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto inferiore Dx: 27 /100							

Arto inferiore sinistro	Punteggio						
	Dorsi flessione caviglia	0	9	14	19	25	33
	Estensione ginocchio	0	9	14	19	25	33
	Flessione anca	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto inferiore Sx: 27 /100							

Torre del Greco,03-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	GUGLIELMO
Data di nascita	02-08-2005	Cartella Clinica n.	4569

SEZIONE 9 - DIMISSIONI
VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI
MOTIVO:

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	decesso del paziente
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# Tetraparesi Spastica		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Tetraparesi Spastica		

INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

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:		Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco, 03-01-2025