

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	Computing	<b>Nome</b>	Brain	<b>Anno di nascita</b>	2015	<b>Cartella clinica n.</b>	000471/15	<b>Letto e stanza</b>	,
----------------	-----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	-----------	-----------------------	---

**RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI****GENERALITÀ DELL'ASSISTITO:**

Cognome Computing Nome Brain

Sesso: M

nato a Acerra il 01/01/2015 residente a Via test (NA), in Afragola ASL Distretto Codice Fiscale: CMPBRN00A01F8390 Telefono:

Tutore: Telefono:

**DATI RICOVERO:**

Data di ricovero: 01/01/1970

Data di dimissioni:

Motivazione:

ssssss

**MOTIVAZIONE VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONE:****DIAGNOSI ATTUALE:**

test art 44

Potenzialità di recupero persistenti e tempo stimato di raggiungimento:

**TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO:**

Regime Infermieristico(ex Art. 26 L. 833/78)

Farmaco: Zitromax

Dosaggio: 6

Quantità: Altro

Altro: WEDFWQEDF

Somministrazione: HGTFRDES

Data inizio: 27/07/2023

Firma medico: CM

Medico: Maffucci Claudia

Regime Infermieristico (T.P. RD1)(Trattamento Privato)

Quantità: Meta

Quantità: Altro

Altro: sssss

Somministrazione: 11

Medico: Software Administrator

Proposta di interventi e comunicazioni ai rappresentanti/familiari:

Cartella Clinica RD1 Estensiva

Rev. 0.1 - 17/06/2022

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	Computing	<b>Nome</b>	Brain	<b>Anno di nascita</b>	2015	<b>Cartella clinica n.</b>	000471/15	<b>Letto e stanza</b>	,
----------------	-----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	-----------	-----------------------	---

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLE DIMISSIONI:**

Data

16/10/2023

Firma Direttore Sanitario

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi  
ed Odontoiatri

Data

---

Firma Paziente o Tutore

---