

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	DONI	<b>Nome</b>	PAOLO	<b>Anno di nascita</b>	1978	<b>Cartella clinica n.</b>	000317/1
----------------	------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	----------

## SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

### Valutazione finale di dimissione

**MOTIVO:**

Scadenza del contratto terapeutico e suo mancato rinnovo.

**DIAGNOSI IN INGRESSO:**

Emorragia cerebrale

**DIAGNOSI DI DIMISSIONE:**

Emorragia cerebrale realizzante emisindrome piramidale destra.

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

*Osservazione finale di dimissione:*

Il paziente ha effettuato un percorso riabilitativo neuromotorio in regime ambulatoriale su prescrizione dell'ASL di competenza, il quadro clinico alla presa in carico era rappresentato da un'espressione paretica a destra, aumento del tono muscolare non strutturato al lato lesio ed una gestione dei trasferimenti caratterizzata dall'utilizzo di singolo appoggio ed andatura lievemente falcianti. Il programma svolto ha avuto come obiettivi: il controllo dell'ipertono muscolare, il sostegno e l'incremento funzionale delle autonomie nei trasferimenti ed il sostegno della motilità appendicolare. Al termine del percorso riabilitativo si evidenzia un buon controllo del tono muscolare, un'apertura funzionale autonomia nei passaggi posturali, e l'acquisizione di una maggiore stabilità posturale statica e dinamica in stazione eretta.

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

Si consiglia il monitoraggio delle autonomie nel quotidiano e si raccomanda la programmazione di controlli neurologici periodici e valutazione periodica degli indici ematochimici.

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

Si consiglia di monitorare le autonomie nei trasferimenti al fine di intercettare eventuali necessità di modulazione / revisione di ausili per i trasferimenti.

**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.

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	DONI	<b>Nome</b>	PAOLO	<b>Anno di nascita</b>	1978	<b>Cartella clinica n.</b>	000317/1
----------------	------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	----------

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