

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Saldamarco Aniello, 83 anni, "paziente affetto da sindrome Parkinsoniana, vigile, discretamente collaborante, necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie", è sottoposto a trattamento riabilitativo bisettimanale. Il signore vive con la moglie, anch'ella affetta da Parkinsonismo, ma gode dell'aiuto fornito dai figli e un operatore assunto privatamente. Al momento del colloquio, avvenuto in data 28/03/2023 Aniello appare soporoso, ma risvegliabile verbalmente, mostra eloquio disorganizzato e appare disorientato nel tempo, nello spazio e nella persona. Si sposta all'interno della propria abitazione usufruendo di un deambulatore e della sedia a rotelle, ma necessita di assistenza per lo svolgimento di attività di vita quotidiana personali e strumentali. Il figlio riferisce deflessione del tono dell'umore e faticabilità. Diminuito l'appetito. Irregolare il ritmo sonno-veglia con frequenti risvegli durante le ore notturne.

Torre del Greco, 28-03-2023

CASE MANAGER

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

**Responsabile Assistenza Sociale dott.ssa Mariagrazia Paone**
SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	28-03-2023
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	coniugato	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	pensionato	Telefono	3391997266 figlia Ma
È seguito dal servizio sociale di	no		

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI NO
Invalità civile	SI 100 % NO
Indennità di accompagnamento	SI NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO
Art.3 comma1(orientamento per aggravamento)	

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Saldamarco	Nome	Ciro
Rapporto di parentela	figlio		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3336540455
2)Cognome	Saldamarco	Nome	Maria
Rapporto di parentela	figlia		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3391997266
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	2		
Composto da	utente e moglie		

**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?	Sì, è una casa confortevole Sì, è appena sufficiente No, è insufficiente
L'utente quale ausilio/presidio utilizza o ha utilizzato in/e fuori casa?	Sedia a rotelle deambulatore pannoloni 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 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) 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 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 Permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Parcheggio riservato Collocamento mirato 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)
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 terapeuta che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

Osservazioni nel colloquio

Vedere scheda della Sig.Solimene Consiglia.

Torre del Greco,28-03-2023

ASSISTENTE SOCIALE



Dott.ssa
Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Encefalopatia vascolare cronica
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica 04
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	04 b730.4
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.3.4
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
Ridurre ipertono

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	2/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	21-03-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,21-03-2024

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

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 CVC, necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Ridurre ipertono

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Esecuzione di passaggi posturali

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,21-03-2024

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, scarsamente collaborante, scarsamente orientato nel tempo e nello spazio; affetto da CVC, ridotto il ROM dei 4 arti, ridotto il trofismo e la forza muscolare; ipertono spastico; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 21-03-2024

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

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 terapeuta.

Torre del Greco, 21-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

BARTHEL INDEX

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per >45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
Totale (0-100)	5

Torre del Greco, 21-03-2024

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

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# Vasculopatia cerebrale cronica		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Vasculopatia cerebrale cronica		

**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 (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,21-03-2024

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

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

Il sig. Aniello é sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale, considerando positiva la professionalità e la relazione con il terapeuta che pratica il trattamento.

Al momento del colloquio, avvenuto in data 16 luglio 2024, il paziente appare non è orientato nel tempo e nello spazio.

Percepisce indennità di accompagnamento.

Invaliderà civile al 100%

L. 104/92 art 3 comma 1 - Orientamento circa la possibilità di richiedere l'aggravamento

Aniello usufruisce dell'Assistenza Domiciliare Integrata (Infermiere), presenta piaghe da decubito.

Vengono utilizzati i seguenti ausili/presidi: Sedia a rotelle, deambulatore, pannoloni, cuscino antidecubito.

L'utente vive con la moglie (anche lei in carico al Centro) e la badante che l'assiste nello svolgimento delle attività di vita quotidiana. Aniello ha 5 figli (4M e 1 F).

Presente la rete familiare.

Torre del Greco,08-08-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Encefalopatia Vascolare Cronica
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	04 b735.4
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.3.4
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
Contrastare ipertono

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	24-09-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,24-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

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 CVC; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Contrastare ipertono

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Riduzione ipertono

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,24-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, discretamente collaborante, discretamente orientato nel tempo e nello spazio; affetto da CVC, ridotto il ROM, la forza e il trofismo muscolare, ipertono spastico; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 24-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

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 terapeuta

Torre del Greco, 24-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

BARTHEL INDEX

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per >45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
Totale (0-100)	5

Torre del Greco, 24-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

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# Vasculopatia Cerebrale Cronica		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Vasculopatia Cerebrale Cronica		

**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 (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,24-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	CVC
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	04 b730.4
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.3.4
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
Contrastare Ipertonio

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	12-03-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

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 CVC; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Contrastare ipertono

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Riduzione ipertono

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,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, discretamente collaborante, discretamente orientato nel tempo e nello spazio; affetto da CVC, ridotto il ROM, la forza e il trofismo muscolare, ipertono spastico; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

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 terapeuta

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

BARTHEL INDEX

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per>45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
Totale (0-100)	5

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	SALDAMARCO	Nome	ANIELLO
Data di nascita	21-07-1940	Cartella Clinica n.	6615

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# CVC		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	CVC		

**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 (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,12-03-2025