

PAZIENTE:

Cognome	TERRACCIANO	Nome	CONCETTA	Anno di nascita	1973	Cartella clinica n.	000007/1
----------------	-------------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

Valutazione finale di dimissione

MOTIVO:

Scadenza del contratto terapeutico e suo mancato rinnovo

DIAGNOSI IN INGRESSO:

Ritardo mentale e paraparesi (ASL)

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Ritardo mentale e paraparesi (ASL)

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

Osservazione finale di dimissione:

Paziente con deficit cognitivo e quadro funzionale di paraparesi (maggiore compromissione a destra) inserita in percorso assistenziale su prescrizione territoriale. Il profilo motorio è caratterizzato da grave paresi a carico del lato destro (superiore>inferiore) e paresi arto inferiore sinistro con motilità più funzionale a carico dell'arto superiore sinistro, versante produttivo del linguaggio caratterizzato da disfluenza e non sempre idoneo ai fini comunicativi , comprensione conservata di consegne verbali semplici. La gestione dei trasferimenti è condizionata dall'utilizzo di carrozzina con cui la paziente riesce a spostarsi all'interno del setting, è risultata adeguata la partecipazione alle attività collegiali in compiti motori semplici ed adeguate al suo profilo funzionale.

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

Si consiglia il monitoraggio della paziente programmando controlli medici periodici e valutazione degli indici ematochimici attenzionando in particolare i valori glicemici ed il profilo renale.

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

Si consiglia di attenzionare l'ausilio in uso (carrozzina) valutando l'opportunità di una sua successiva revisione in relazione all'usura ed alla compliance della paziente al suo utilizzo.

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 21/01/2023

Direttore Sanitario _____

PAZIENTE:

Cognome	TERRACCIANO	Nome	CONCETTA	Anno di nascita	1973	Cartella clinica n.	000007/1
----------------	-------------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

Firma del paziente (familiare/tutore se minore) _____