

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FERRARO	<b>Nome</b>	IOLANDA	<b>Anno di nascita</b>	1940	<b>Cartella clinica n.</b>	000976/1
----------------	---------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

## PROGETTO RIABILITATIVO

**N° PROGRESSIVO: 2**

<b>1. Diagnosi</b>	<b>Cod. ICD9:</b> 331.0 ; <b>ICD9(#2):</b> <b>Cod. ICD10:</b> G30.9
<b>2. Classe di Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)</b>	<b>Cod. (ICIDH):</b> <b>Cod. (ICF):</b>
<b>3. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)</b>	<b>Cod. (ICIDH):</b> <b>Cod. (ICF):</b>
<b>4. Gravità disabilità (tabella C)</b>	<b>Scala:</b> <b>Note:</b>
<b>5. Prognosi (tabella D)</b>	<b>Scala:</b>

### OUTCOME GLOBALE:

n.d.

### OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI:

n.d.

### FASI E MODALITÀ INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESISI ATTESI:

**Tipologia Trattamento:**

Neuromotoria (freq. gg: 2/7)

**Durata:** 180 giorni, dal 04/02/2023 al 02/08/2023

### POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE):

Regime domiciliare

Tipologia neuromotoria

Frequenza 2/7

Durata 180 giorni

**Data**  
03/02/2023



**Firma Direttore Sanitario**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio  
#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed Odontoiatri

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FERRARO	<b>Nome</b>	IOLANDA	<b>Anno di nascita</b>	1940	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>000976/1</b>
----------------	---------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	-----------------