

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	DE CAPRIO	<b>Nome</b>	ROBERTO	<b>Anno di nascita</b>	2004	<b>Cartella clinica n.</b>	000144/1
----------------	-----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

## SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

### Valutazione finale di dimissione

**MOTIVO:**

Dimissione per discontinuità terapeutica

**DIAGNOSI IN INGRESSO:**

Distrofia muscolare congenita

**DIAGNOSI DI DIMISSIONE:**

Distrofia muscolare congenita

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

*Osservazione finale di dimissione:*

Paziente con diagnosi di Distrofia muscolare, vigile e con funzioni cognitive integre ed esplorabili, adeguato il linguaggio per contenuti informativi, ha effettuato percorso riabilitativo neuromotorio in regime ambulatoriale su prescrizione ASL. Il quadro funzionale è caratterizzato da una ffunzionaler motilità appendicolare con note di ipostenia agli AAll, rachialgia fluttuante, adeguata la agestione dei passaggi posturali, equilibrio statco in ortostasi funzionale con base di appoggio lievemente allargata e condizionata dal supporto sensoriale. La deambulazione è realizzabile senza ausilio con schema del passo funzionale, il trattamento riabilitativo è stato svolto con l'obiettivo di sostenere la motilità appendicolare, aumentare la tolleranza allo sforzo, migliorare equilibrio e coordinazione motoria: trattamento interrotto per discontinuità terapeutica ripetuta.

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

Si consiglia il monitoraggio prestazionale di Roberto, programmando controlli specialistici periodici e valutazione degli esami ematochimici, si raccomanda inoltre una adeguata attenzione sotto il profilo dell'attività fisica/ sportiva evitando sovraccarichi funzionali e privilegiando attività a basso impatto.

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

Si consiglia il monitoraggio delle autonomie nei trasferimenti con l'obiettivo di intercettare eventuali necessità di acquisizione di ausili o presidi al momento della dimissione non necessari.

**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>	DE CAPRIO	<b>Nome</b>	ROBERTO	<b>Anno di nascita</b>	2004	<b>Cartella clinica n.</b>	000144/1
----------------	-----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

DATA 24/03/2023

Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

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