

PAZIENTE:

Cognome	Computing	Nome	Brain	Anno di nascita	2000	Cartella clinica n.	000471/27	Letto e stanza	,
----------------	-----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	-----------	-----------------------	---

PROGRAMMA RIABILITATIVO FUNZIONI MOTORIE E SENSORIALI**N° PROGRESSIVO: 1**

Cognome e Nome	Computing Brain
Luogo e data di nascita	Acerra il 01/01/2000
Data ingresso	N.D.

DIAGNOSI DI INGRESSO:

test per RD1 intensiva

DIAGNOSI FUNZIONALE:

test

AREA DI INTERVENTO INDIVIDUATE DAL PROGETTO:

Riabilitazione delle funzioni motorie e sensoriali
Riabilitazione delle funzioni cardio-respiratorie
Riabilitazione delle funzioni vescico-sfinteriche
Riabilitazione delle funzioni digestive (disfagia, deglutizione)
Riabilitazione delle funzioni cognitive/comportamentali e del linguaggio
Informazione/formazione del care giver

AREA DI INTERVENTO

1. Riabilitazione delle funzioni motorie e sensoriali	
Obiettivi Attesi in termini di recupero delle abilità	test
Obiettivi a medio-lungo termine	test
Strategie e Azioni Specifiche per il perseguimento degli obiettivi	test
Risorse interne coinvolti	
Modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi	test
Responsabile del programma riabilitativo	Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio #29984 Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed Odontoiatri

Terapia farmacologica:
test

PAZIENTE:

Cognome	Computing	Nome	Brain	Anno di nascita	2000	Cartella clinica n.	000471/27	Letto e stanza	,
----------------	-----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	-----------	-----------------------	---

Strumenti, scadenze e metodi per la verifica del programma test

Obiettivi raggiunti: N.A.

Data:

Esiti:

Il Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Maffucci Claudia

Data

21/02/2024

Il Direttore Sanitario

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

Data

21/02/2024

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed Odontoiatri