

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

| | | | |
|------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Codice Fiscale | DSLMHL67D70L259S |
| Comune Residenza | TORRE DEL GRECO | Provincia | NA |
| Indirizzo | DE NICOLA 43 | CAP | 80059 |
| Prescrittore | | | |
| Asl e Distretto | | Telefono | 3273412055 |
| Data ammissione | 09-12-2024 | Data dimissione | |

DIAGNOSI

CODICE ESITI DI INFEZIONE DA TOXSOPLOSMOSI

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA:

ANAMNESI REMOTA:

Ipovedente (sn>dx)

Ipertensione in trattamento

Ipercolesterolemia in trattamento

Episodi epilettici

ANAMNESI PROSSIMA

| |
|--|
| |
|--|

ANAMNESI PATOLOGICA:

| | |
|-----------------|--|
| Genetica: | |
| Metab - Endocr: | |
| Neurologica: | |
| Ortopedica: | |
| Chirurgica: | |
| Infettiva: | |
| Altro: | |

ANAMNESI RIABILITATIVA:

| |
|--|
| |
|--|

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

| | |
|-----------------|--|
| Genetica: | |
| Metab - Endocr: | |
| Neurologica: | |
| Ortopedica: | |
| Chirurgica: | |
| Infettiva: | |
| Altro: | |

Torre del Greco,19-12-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Esiti di infezione da Toxoplasmosi |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | 14 |
| 3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | 14 b730.2 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI d450.2 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 4 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|--------------------------------------|--|
| Mantenimento delle autonomie residue | |
|--------------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|--------------------------------|
| Migliorare ROM spalla sinistra |
| Migliorare equilibrio |
| Migliorare deambulazione |

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

| | |
|------------------------|-----|
| Tipologia Trattamento: | RNM |
| Frequenza: | 3/7 |
| Durata: | 180 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 19-12-2024 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,19-12-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

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 esiti di infezione da Toxoplasmosi; ipomobilità spalla sinistra, ipovedente

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM spalla sinistra

Migliorare equilibrio

Migliorare deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva

Esercizi di equilibrio

Training del passo

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,19-12-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, discretamente collaborante, scarsamente orientata nel tempo e nello spazio; esiti di infezione da Toxoplasmosi, ipovedente; ridotto ROM spalla sn, difficoltà di equilibrio e deambulazione per cui necessita di assistenza/supervisione; necessita di assistenza per le principali autonomie.

Torre del Greco,19-12-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

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,19-12-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

MOTRICITY INDEX

| | | | | | | | |
|---|------------------|---|----|----|----|----|----|
| Arto superiore destro | Punteggio | | | | | | |
| | Presa a pinza | 0 | 11 | 19 | 22 | 26 | 33 |
| | Flessione gomito | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| | Abduzione spalla | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| Punteggio totale arto superiore Dx: 76 /100 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|------------------|---|----|----|----|----|----|
| Arto superiore sinistro | Punteggio | | | | | | |
| | Presa a pinza | 0 | 11 | 19 | 22 | 26 | 33 |
| | Flessione gomito | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| | Abduzione spalla | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| Punteggio totale arto superiore Sx: 65 /100 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|----|----|----|----|
| Arto inferiore destro | Punteggio | | | | | | |
| | Dorsi flessione caviglia | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| | Estensione ginocchio | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| | Flessione anca | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| Punteggio totale arto inferiore Dx: 75 /100 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|----|----|----|----|
| Arto inferiore sinistro | Punteggio | | | | | | |
| | Dorsi flessione caviglia | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| | Estensione ginocchio | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| | Flessione anca | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| Punteggio totale arto inferiore Sx: 75 /100 | | | | | | | |

Torre del Greco,19-12-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

In data 9/01/25 è stata svolta la visita di consulenza con la paziente Di Salvatore Michela, di età 54.

Michela è affetta da toxoplasmosi dalla nascita, che le ha portato difficoltà nel linguaggio. Ha 2 fratelli, uno dei quali vive a Torre e che l' ha accompagnata.

Detiene 104 invalidità civile e Cecità totale dichiarata

Per quanto riguarda le autonomia, si rileva poca autonomia, riesce infatti solo a mangiare da sola, ma presenti problemi nel tagliare. Per tutte le altre autonomie, viene aiutata dalle badanti, in totale 4, che sono con lei 24 ore su 24.

Fissata fisioterapia per 3 volte a settimana (richiesta delle 11 o delle 17 del pomeriggio)

Farmaci: depakin, totalip 20, norvasc ed il risperidone. Il fratello riferisce infatti problematiche comportamentali, legate ad uno stato di agitazione, attualmente compensate con l' assunzione di farmaci.

Mai fatto fisioterapia, in quanto sembrerebbe che da un anno e mezzo presenti dolore alla spalla sinistra, in uno stato di immobilità.

Alimentazione: segue dieta dalla nutrizionista, muovendosi poco

Maggior parte delle giornate le trascorre a casa, mattina o pomeriggio i fratelli la portano al negozio dove lavorano.

Torre del Greco,09-01-2025

CASE MANAGER

dott.ssa
BIBIANI ERICA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

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

Data: 7 Aprile 2025
Partecipanti al colloquio: Signor Di Salvatore Giovanni
Intervento riabilitativo in atto: Rieducazione neuromotoria (3 sedute settimanali)

Osservazioni emerse

Di Salvatore Michela, 58 anni, con esiti di infezione da Toxoplasmosi.

Il colloquio si è svolto con il fratello, tutore legale, Signor Giovanni Di Salvatore.

Il fratello riferisce che la paziente presenta importanti compromissioni visive (vede solo ombre da un occhio) e assenza di linguaggio verbale, ma mantiene comunque una buona autonomia funzionale. È descritta come una persona sociale, che apprezza il contatto con gli altri.

Il rapporto con la struttura e con i terapeuti è riportato come positivo e collaborativo.

Contesto familiare

La Signora Michela vive con la madre novantenne, non autosufficiente e allettata. La gestione quotidiana del nucleo è supportata da diverse badanti.

La famiglia si sostiene economicamente attraverso:

- la pensione di invalidità al 100% della paziente
- l'indennità di accompagnamento

Il Signor Giovanni descrive una rete familiare stabile e attiva, con coinvolgimento quotidiano da parte dei due fratelli nella cura sia della paziente che della madre. L'organizzazione familiare appare solida e orientata al benessere delle persone fragili presenti nel nucleo.

Torre del Greco,07-04-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa
AMENO ALESSIA

SCHEDA SOCIALE

| | |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 07-04-2025 |
|-------------------|------------|

PAZIENTE:

| | | | |
|---------------------|-----------------|---------------------|------------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |
| Luogo | TORRE DEL GRECO | | |
| Comune di residenza | TORRE DEL GRECO | Grado di istruzione | elementari |

| | | |
|--|----|----|
| Insegnante di sostegno: | SI | NO |
| È avvenuta la presa in carico dei servizi sociali? | SI | NO |

Riferisce di essere titolare di:

| | | |
|---|-------------------------------|----------|
| Assegno di cura | SI | NO |
| Indennità di frequenza | SI | % NO |
| Indennità di accompagnamento | SI | NO |
| Legge 104/92 gravità Handicap Art. Comma | Pensione di invalidità (100%) | |
| Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza | | |
| Trattamento riabilitativo: | Privato | Pubblico |
| Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con problemi sociali e/o sanitari? | SI | % NO |
| Se sì, indicare quali? | Madre allettata | |

Persone di riferimento/caregiver principale

| | | | |
|--|-----------------|------------------|------------|
| 1)Cognome | di salvatore | Nome | Giovanni |
| Rapporto di parentela | | Fratello | |
| Comune di residenza | Torre del greco | Telefono | 3273412055 |
| Condizione professionale | | Attività | |
| 2)Cognome | | Nome | |
| Comune di residenza | | Telefono | |
| Condizione professionale | | | |
| N° componenti del nucleo familiare | | 2 | |
| Composto da | | Madre e paziente | |
| I figli presenti nel nucleo hanno assolto o stanno assolvendo l'obbligo formativo? | | SI NO | |

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, per l'assistenza della persona disabile fa ricorso o ha fatto ricorso in passato di: | Servizi di assistenza domiciliare (Asl/Comune) Servizi a pagamento (es. babysitter) Riabilitazione privata Nulla Altro (specificare) |
| Rete sociale della famiglia: | Rete sociale soddisfacente Rete sociale sufficiente Rete sociale insoddisfacente Rete sociale deficitaria: ha la possibilità e non la coglie Non ha possibilità di una rete sociale |
| Partecipa ad attività ricreative, sportive, culturali e del tempo libero? | SI NO |
| Elencare quali? | |
| Partecipa ad attività associative? | SI NO |
| Elencare quali? | |
| Bersaglio di discriminazione e/o persecuzione? | Non è bersaglio Lo è molto saltuariamente Lo è frequentemente Lo è molto frequentemente anche con bullismo |

Situazione economica/assistenza e servizi

| | |
|--|--|
| Quali sono le fonti di reddito della famiglia? | Reddito da lavoro Pensione Rendita Pensione di reversibilità 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 Prestazioni riabilitative private Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare) |
| La persona disabile percepisce uno dei seguenti contributi a sostegno del reddito? | Assegno di cura Indennità di comunicazione Indennità di frequenza 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 Agevolazione Iva al 4% per l'acquisto del veicolo 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 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

Torre del Greco, 07-04-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO
CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE

In data 10/06/25 la situazione è invariata in riferimento all'ultimo colloquio.

Torre del Greco,10-06-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa
AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Di Salvatore Michela (58 anni) e il fratello Giovanni principale caregiver.

Si presenta curata nell'aspetto e nell'igiene personale.

Il colloquio viene effettuato principalmente con il fratello, in quanto la paziente non verbalizza.

Giovanni riferisce che la sorella conserva le autonomie e vive con la madre anziana (non autosufficiente) aiutate da diverse collaboratrici.

Sembra avere tono dell'umore nella norma.

Appetito e sonno nella norma.

Buona rete e supporto familiare.

Torre del Greco,10-06-2025

CASE MANAGER

dott.

VISCIANO RAFFAELE

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Esiti di infezione da Toxoplasmosi |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | 14 |
| 3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | 14 b730.2 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI d450.2 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 4 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|------------------------------|--|
| Mantenimento delle autonomie | |
|------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|--------------------------------|
| Migliorare ROM spalla sinistra |
| Migliorare passaggi posturali |
| Migliorare deambulazione |

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

| | |
|------------------------|-----|
| Tipologia Trattamento: | RNM |
| Frequenza: | 3/7 |
| Durata: | 180 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 25-06-2025 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,25-06-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

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 esiti di infezione da Toxoplasmosi; ridotto ROM spalla sinistra

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM spalla sinistra

Migliorare passaggi posturali

Migliorare deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva

Esecuzione di passaggi posturali

Training del passo

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,25-06-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, discretamente collaborante, scarsamente orientata nel tempo e nello spazio; esiti di infezione da Toxoplasmosi, ridotto ROM spalla sinistra, ridotto trofismo e forza muscolare, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 25-06-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

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, 25-06-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

MOTRICITY INDEX

| | | | | | | | |
|---|------------------|---|----|----|----|----|----|
| Arto superiore destro | Punteggio | | | | | | |
| | Presa a pinza | 0 | 11 | 19 | 22 | 26 | 33 |
| | Flessione gomito | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| | Abduzione spalla | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| Punteggio totale arto superiore Dx: 76 /100 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|------------------|---|----|----|----|----|----|
| Arto superiore sinistro | Punteggio | | | | | | |
| | Presa a pinza | 0 | 11 | 19 | 22 | 26 | 33 |
| | Flessione gomito | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| | Abduzione spalla | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| Punteggio totale arto superiore Sx: 65 /100 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|----|----|----|----|
| Arto inferiore destro | Punteggio | | | | | | |
| | Dorsi flessione caviglia | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| | Estensione ginocchio | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| | Flessione anca | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| Punteggio totale arto inferiore Dx: 75 /100 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|----|----|----|----|
| Arto inferiore sinistro | Punteggio | | | | | | |
| | Dorsi flessione caviglia | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| | Estensione ginocchio | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| | Flessione anca | 0 | 9 | 14 | 19 | 25 | 33 |
| Punteggio totale arto inferiore Sx: 75 /100 | | | | | | | |

Torre del Greco,25-06-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI SALVATORE | Nome | MICHELA |
| Data di nascita | 30-04-1967 | Cartella Clinica n. | 7948 |

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# Esiti di infezione da Toxoplasmosi | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Esiti di infezione da Toxoplasmosi | | |

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 (genitore/tutore se minore) | | | |

Torre del Greco,25-06-2025