

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	PAPA	<b>Nome</b>	MARIA RITA	<b>Anno di nascita</b>	1976	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>1850/1</b>
----------------	------	-------------	------------	------------------------	------	----------------------------	---------------

## SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

### Valutazione finale di dimissione

**MOTIVO:**

Termine del trattamento fisioterapico.

**DIAGNOSI IN INGRESSO:**

Lombalgia ed algia in sede glutea sinistra

**DIAGNOSI DI DIMISSIONE:**

Lombalgia ed algia in sede glutea a sinistra

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

*Osservazione finale di dimissione:*

Paziente con algia a livello gluteo sinistro e lombare , effettuato trattamento fisioterapico con Tecarterapia, al termine del ciclo terapeutico risulta in remissione il dolore radicolare al rachide ed al gluteo sinistro.

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

Si consiglia di monitorare il profilo funzionale della paziente al fine di intercettare eventuali riacutizzazioni flogistiche e programmare i relativi percorsi terapeutici.

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

Non si ritiene di fornire particolari indicazioni in tale ambito.

**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 01/02/2023

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

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