

**PAZIENTE:**

|                |       |             |      |                        |      |                            |          |
|----------------|-------|-------------|------|------------------------|------|----------------------------|----------|
| <b>Cognome</b> | SACCO | <b>Nome</b> | ANNA | <b>Anno di nascita</b> | 2005 | <b>Cartella clinica n.</b> | 000009/1 |
|----------------|-------|-------------|------|------------------------|------|----------------------------|----------|

**PROGETTO RIABILITATIVO****N° PROGRESSIVO: 2**

|  |  |
|--|--|
| <b>1. Diagnosi</b>   | <b>Cod. ICD9:</b> 299.00 ; <b>ICD9(#2):</b><br><b>Cod. ICD10:</b> F84.0  |
| <b>2. Classe di Menomazione (ICIDH)<br/>Funzioni e strutture (ICF)</b> | <b>Cod. (ICIDH):</b> MEE 14<br><b>Cod. (ICF):</b>  |
| <b>3. Disabilità (ICIDH)<br/>Attività e Partecipazione (ICF)</b>       | <b>Cod. (ICIDH):</b> 19 - ALTRE DISABILITA' NEL COMPORTAMENTO<br><b>Cod. (ICF):</b> F 84 - F72   |
| <b>4. Gravità disabilità (tabella C)</b>                               | <b>Scala:</b> DIPENDENZA - Dipendenza completa dalla presenza di un'altra persona, il soggetto può effettuare la sua attività o adottare la condotta richiesta soltanto se qualcuno è con lui per la maggior parte del tempo<br><b>Note:</b> |
| <b>5. Prognosi (tabella D)</b>   | <b>Scala:</b> 4 - DISABILITA' STABILIZZATA - Disabilità stabilizzata senza prospettive di miglioramento delle capacità funzionali  |

**OUTCOME GLOBALE:****OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI:**

Fornire consigli ai genitori, continua il trattamento di stimolazione globale e di attività occupazionale, d'implementazione delle autonomie personali e sociali "possibili".

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

|  |
|--|
| <b>Tipologia Trattamento:</b><br>Terapia Occupazionale (freq. gg: 6/7) |
| <b>Durata:</b> 240 giorni, dal 27/09/2022 al 24/05/2023                |

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

|                                 |
|---------------------------------|
| regime semiresidenziale         |
| tipologia terapia occupazionale |
| frequenza 6/7                   |
| durata 240 giorni               |

**PAZIENTE:**

|                |       |             |      |                        |      |                            |          |
|----------------|-------|-------------|------|------------------------|------|----------------------------|----------|
| <b>Cognome</b> | SACCO | <b>Nome</b> | ANNA | <b>Anno di nascita</b> | 2005 | <b>Cartella clinica n.</b> | 000009/1 |
|----------------|-------|-------------|------|------------------------|------|----------------------------|----------|

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

**Data**

26/10/2022

**Firma Direttore Sanitario**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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