

PAZIENTE:

Cognome	LANZETTA	Nome	PIETRO	Anno di nascita	1954	Cartella clinica n.	001284/1
---------	----------	------	--------	-----------------	------	---------------------	----------

SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

Valutazione finale di dimissione

MOTIVO:

Scadenza del contratto terapeutico ASL e suo mancato rinnovo.

DIAGNOSI IN INGRESSO:

Spondilite anchilosante

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Spondilite anchilosante

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 spondilitea anchilosante, ha effettuato trattamento riabilitativo neuromotorio in regime ambulatoriale su prescrizione dell'ASL di competenza, il programma riabilitativo si è posto come obiettivo quello di sostenere le risorse prestazionale e prevenire ulteriori disabilità: si è lavorato sul rom articolare, sul controllo del sintomo dolore, sul sostegno della motilità segmentaria , sulle autonomie nei trasferimenti e sull'incremento della tolleranza allo sforzo e sostegno di una adeguata dinamica respiratoria. Il paziente ha dimostrato una adeguata compliance al setting terapeutico, non si sono evidenziate ulteriori strutturazioni viziose o limitazioni del rom articolare, permane la sintomatologia dolorosa che ha caratterizzato il percorso riabilitativo.

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

Si consiglia il monitoraggio del profilo clinico e funzionale del paziente programmando valutazioni specialistiche periodiche e controlli dei valori ematochimici per l'eventuale modulazione della terapia farmacologica.

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

Si consiglia di attenzionare il profilo della motilità globale e delle autonomie nei trasferimenti per intercettare eventuali necessità di acquisizione dei realtivi ausili e/o presidi.

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:

Cognome	LANZETTA	Nome	PIETRO	Anno di nascita	1954	Cartella clinica n.	001284/1
----------------	----------	-------------	--------	------------------------	------	----------------------------	----------

DATA 17/01/2023

Direttore Sanitario _____

Firma del paziente (familiare/tutore se minore) _____