

PAZIENTE:

Cognome	MINGACCI	Nome	NAOMI	Anno di nascita	2012	Cartella clinica n.	000048/2
---------	----------	------	-------	-----------------	------	---------------------	----------

SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

Valutazione finale di dimissione

MOTIVO:

Dimissione per volontà dei familiari

DIAGNOSI IN INGRESSO:

Disturbo dello spettro autistico

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Disturbo dello spettro autistico

INFORMAZIONI SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE NECESSITA' ASSISTENZIALE A DOMICILIO

Osservazione finale di dimissione:

Soggetto con disturbo dello spettro autistico inserita in regime semiresidenziale dopo un percorso riabilitativo effettuato in regime ambulatoriale di logopedia e neuropsicomotricità, quadro funzionale caratterizzato da deficit del versante produttivo del linguaggio e compromissione di quello recettivo. IL profilo funzionale è caratterizzato dalla necessità di supporto nelle diverse attività del quotidiano e nella gestione delle autonomie personali (pasto e gestione sfinterica), ridotta l'interesse e la partecipazione alle attività collegiali; effettuato, durante il percorso, un incontro con i familiari per discutere sulle difficoltà di inserimento della ragazza nel contesto collegiale nel corso del quale il familiare (padre) riferiva di un recente completamento di iter diagnostico con diagnosi di intolleranza alimentare con acquisizione del dato e relativa rimodulazione della tipologia di pasto personalizzata. Il percorso semiresidenziale è stato poi interrotto per volontà dei familiari.

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 di Naomi programmando controlli periodici da parte del PLS e del NPI di riferimento.

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 versante comunicativo di Naomi per modulare l'intervento di supporto con strumenti di CAA.

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	MINGACCI	Nome	NAOMI	Anno di nascita	2012	Cartella clinica n.	000048/2
----------------	----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	----------

DATA 19/12/2022

Direttore Sanitario _____

Firma del paziente (familiare/tutore se minore) _____