

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	NOCERINO	<b>Nome</b>	EMMA	<b>Anno di nascita</b>	2016	<b>Cartella clinica n.</b>	000352/1
----------------	----------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	----------

## PROGETTO RIABILITATIVO

**N° PROGRESSIVO: 4**

<b>1. Diagnosi</b>	Cod. ICD9: 299.00 ; ICD9(#2): Cod. ICD10: F84.0
<b>2. Classe di Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)</b>	Cod. (ICIDH): Cod. (ICF):
<b>3. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)</b>	Cod. (ICIDH): Cod. (ICF):
<b>4. Gravità disabilità (tabella C)</b>	Scala: Note:
<b>5. Prognosi (tabella D)</b>	Scala:

### OUTCOME GLOBALE:

n.d.

### OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI:

n.d.

### FASI E MODALITÀ INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESISI ATTESI:

**Tipologia Trattamento:**

Logopedia (freq. gg: 4/7)

Psicomotricità (freq. gg: 6/7)

Psicoterapia familiare (freq. gg: 1/7)

**Durata:** 180 giorni, dal 04/03/2023 al 30/08/2023

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

Regime ambulatoriale

Tipologia psicoterapia famm. 1/7

neuropsicomotricità 5/7

logopedia 5/7

durata 180 giorni

nota del prescrittore : si prescrive e ribadisce urgenza trattamento ad indirizzo cognitivo-comportamentale scelto dai genitori con doppio e triplo accesso

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	NOCERINO	<b>Nome</b>	EMMA	<b>Anno di nascita</b>	2016	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>000352/1</b>
----------------	----------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	-----------------

**Data**  
02/03/2023

**Firma Direttore Sanitario**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio  
#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed Odontoiatri