

PAZIENTE:

Cognome	CATAURO	Nome	GIOVANNA	Anno di nascita	1966	Cartella clinica n.	1809/2
---------	---------	------	----------	-----------------	------	---------------------	--------

## SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

### Valutazione finale di dimissione

MOTIVO:

Termine del ciclo terapeutico

DIAGNOSI IN INGRESSO:

Gonalgia destra ( sinovite)

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Gonalgia destra ( sinovite)

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

#### *Osservazione finale di dimissione:*

Paziente con postumi di intervento artroscopico di "Meniscectomia selettiva mediale e laterale, coablazione e shaving delle lesioni condrali, release alare esterno ", ha effettuato un trattamento fisioterapico manuale e strumentale su indicazione ortopedica esterna e valutazione specialistica fisiatrica. La paziente presentava all'ingresso una gonalgia destra con limitazione del rom articolare (circa 120° di flessione e circa 170 °di estensione), con deambulazione realizzabile senza ausilio ma con carico sfuggente a destra, ha effettuato terapia fisica con ionoforesi, magnetoterapia ed elettroterapia stimolante abbinando al trattamento strumentale quello manuale con esercizi di chinesiterapia, equilibrio e training deambulatorio. Al termine del percorso fisioterapico la paziente ha acquisito una più funzionale dinamica deambulatoria con guadagno del rom articolare (circa 175 di estensione e 150° di flessione).

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

Si consiglia di attenzionare il profilo funzionale e programmare successivi cicli fisioterapici per consolidare i risultati acquisiti.

#### *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.

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	CATAURO	<b>Nome</b>	GIOVANNA	<b>Anno di nascita</b>	1966	<b>Cartella clinica n.</b>	1809/2
----------------	---------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

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