

PAZIENTE:

Cognome	CASERTANO	Nome	ANNA	Anno di nascita	1935	Cartella clinica n.	000958/1
---------	-----------	------	------	-----------------	------	---------------------	----------

## SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

### Valutazione finale di dimissione

MOTIVO:

Scadenza del contratto terapeutico

DIAGNOSI IN INGRESSO:

Asl: "Vasculopatia cerebrale e parkinsonismo con epilessia secondaria".

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Asl: "Vasculopatia cerebrale e parkinsonismo con epilessia secondaria".

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

#### *Osservazione finale di dimissione:*

Paziente con Parkinsonismo ha effettuato trattamento neuromotorio in regime domiciliare su prescrizione ASL con funzionale compliance al setting, gli obiettivi del programma neuromotorio sono stati indirizzati al miglioramento della stabilità posturale in ortostasi, all'incremento delle autonomie nei passaggi posturali ed al sostegno della motilità segmentaria appendicolare e della dinamica deambulatoria. Al termine del trattamento risulta migliorata l'autonomia nei passaggi posturali e la stabilità posturale statica e dinamica in stazione eretta, permane la problematica dolorosa agli AAI in sede distale per cui si è ribadito il consiglio di utilizzare le apposite ortesi visionate.

#### *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 della paziente e programmare controlli medici periodici (8MMg, neurologo, fisiatra) e valutazioni degli indici ematochimici.

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

Si raccomanda l'uso delle ortesi (calzature correttive) in adozione.

**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.

DATA 06/02/2023

Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	CASERTANO	<b>Nome</b>	ANNA	<b>Anno di nascita</b>	1935	<b>Cartella clinica n.</b>	000958/1
----------------	-----------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	----------

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