

PAZIENTE:

Cognome	DI FIORE	Nome	SALVATORE	Anno di nascita	1957	Cartella clinica n.	2243/2	Letto e stanza	14, 7
----------------	----------	-------------	-----------	------------------------	------	----------------------------	--------	-----------------------	-------

DOCUMENTO DI SINTESI**GENERALITÀ DELL'ASSISTITO:**

Cognome DI FIORE Nome SALVATORE

Sesso: M

nato a Cercola il 15/12/1957 residente a Via De Gasperi 3 (NA), in Casalnuovo di Napoli

Codice Fiscale: DFRSVT57T15C495S

Telefono paziente: 0818421663 3341627756

Tutore: Telefono:

Il paziente proviene dall'Unità di Cura Residenziale per Riabilitazione Estensiva (RD1 – Estensiva) Centro Anna Rita Buoincontro S.r.l. Via Prof. Filippo Manna 23, Casalnuovo (NA) contattabile al nr. 081 522 7676

Diagnosi di ingresso: Sostituzione di articolazione dell'anca

DATI CLINICI:

Disturbi del comportamento	NO	n.d.
Malattie infettive e contagiose in atto	NO	n.d.
Allergie a Farmaci	NO	n.d.

Terapia Farmacologica in atto (tipo e posologia)

Regime Infermieristico (RD1 estensiva)(RD1)

Farmaco: Pantoprazolo cp

Dosaggio: 40 mg

Quantità: Intera

Somministrazione: 6

Data inizio: 31/10/2023

Firma medico: S.Bertogliatti

Note: ore 06.30 1 cp prima di colazione

Farmaco: Lortaan

Dosaggio: 100

Quantità: Intera

Somministrazione: 6

Data inizio: 31/10/2023

Firma medico: S.Bertogliatti

Cartella Clinica RD1 Estensiva

PAZIENTE:

Cognome	DI FIORE	Nome	SALVATORE	Anno di nascita	1957	Cartella clinica n.	2243/2	Letto e stanza	14, 7
----------------	----------	-------------	-----------	------------------------	------	----------------------------	--------	-----------------------	-------

Note: ore 09.00 somministrazione per os

Farmaco: Movicol

Dosaggio: n.d.

Quantita: Intera

Somministrazione: 6

Data inizio: 31/10/2023

Firma medico: S.Bertogliatti

Note: ore 12.00 prima del pasto

Farmaco: Clexane

Dosaggio: 4000

Quantita: Intera

Somministrazione: 6

Data inizio: 30/10/2023

Firma medico: S.Bertogliatti

Note: ore 18.00 somministrazione sottocutanea

Medico: Bertogliatti Sergio

Altre terapie specifiche:

Dialisi	NO	n.d.
Chemioterapia	NO	n.d.
Radioterapia	NO	n.d.
Altro	NO	n.d.
Lesioni da decubito	NO	n.d.
Altre ulcere cutanee	NO	n.d.

Respiro: Autonomo n.d.

Nutrizione: OS n.d.

Apparato urinario: Pannolone

Alvo: Stipsi (trattamento abituale) n.d.

Arteriopatie periferiche: no

Trombosi venose:

Ausili propri: Orttesi/Posiz. Stampelle

PAZIENTE:

Cognome	DI FIORE	Nome	SALVATORE	Anno di nascita	1957	Cartella clinica n.	2243/2	Letto e stanza	14, 7
----------------	----------	-------------	-----------	------------------------	------	----------------------------	--------	-----------------------	-------

Funzionalità motoria

Si muove spontaneamente nel letto SI
Cambia postura da solo SI
Può mantenere la posizione seduta SI
Può caricare gli arti inferiori SI CON AIUTO
Cammina Non cammina NO
Usa efficacemente le mani SI

Recapiti del Direttore Sanitario del Centro: 081 522 7676

Data

30/10/2023

Firma Direttore Sanitario/Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed
Odontoiatri