

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	12-03-2024
--------------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944 (80 anni)	Cartella Clinica n.	7819
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	vedova	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	ex coltivatrice	Telefono	3396780534
È seguito dal servizio sociale di	no		

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI	NO
Invalidità civile	SI	100 % NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO Ricorso
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO Art 3 comma 3

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Sasso	Nome	Teresa
Rapporto di parentela	figlia		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3396780534
2)Cognome			
Rapporto di parentela			
Comune di residenza			
3)Tutela	Nessuna tutela Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	1		
Composto da	utente (nipote dorme con la signora di notte)		

Situazione abitativa:

L'abitazione dove la persona risiede si trova	In centro (del comune) Fuori dal centro (periferia) È isolata
L'abitazione è adeguata alle esigenze della persona?	Si, è una casa confortevole Si, è appena sufficiente No, è insufficiente
Quale ausilio/presidio utilizza in e fuori casa?	Deambulatore Stampella-bastone Pannolini Orientamento Sedia a rotelle Materasso antidecubito Altro (specificare)
A che titolo l'utente occupa l'abitazione?	Affitto Proprietà Comodato Altro titolo

Situazione socio-familiare:

La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?	Parenti: 3 figli (1M - 2F) Amici Vicini Persone appartenenti ad una associazione di volontariato Nessuno
La famiglia fa ricorso o ha fatto ricorso in passato per la cura della persona disabile a servizi di assistenza domiciliare, da parte di personale incaricato dalla Asl o Comune?	Nessun servizio Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...) Ass. domiciliare solo sanitaria Orientamento Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale) Altro (specificare)
Per quante ore in media alla settimana?	
La famiglia, per la cura della persona disabile, quali dei seguenti servizi a pagamento utilizza?	Nessun servizio Assistenza domiciliare sanitaria Badante che coabita con la famiglia Badante che non coabita Altro (specificare) Collaboratrice saltuariamente

Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione da lavoro Pensione sociale o di invalidità Pensione di reversibilità Assegno di accompagnamento Altri aiuti pubblici (specificare) Altro (specificare)
Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?	Visite e assistenza medico-sanitaria generica Visite assistenza medico-sanitaria specialistica Assistenza domiciliare stabile (badante) Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare)
La persona disabile percepisce una delle seguenti forme di assistenza pensionistica o di contributi a sostegno del reddito?	Assegno ordinario di invalidità Pensione di invalidità civile Pensione di inabilità Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare)
La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare?	Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Orientamento Permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Orientamento contrassegno parcheggio per disabili Collocamento mirato Orientamento Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare)
I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità	Non ha avuto difficoltà Difficoltà di accesso alle informazioni Tempi lunghi per avere la diagnosi definitiva Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico Problemi economici Problemi di inserimento nella società Problemi nelle relazioni con amici e parenti Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare)
La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapista che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo (30 minuti di terapia) 3) Negativo
Sottoposto a trattamento fisioterapico bisettimanale.	

Osservazioni nel colloquio

La signora Angela deambula con difficoltà; è supportata dalla famiglia nelle attività di vita quotidiana. Adeguata la rete familiare.

Orientamento circa la possibilità di aggiornare ISEE 2024.

Torre del Greco, 12-03-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

La Panariello al colloquio odierno appare disponibile e collaborativa, partecipa attivamente al colloquio per eloquio e narrazione fluente anche mnemonicamente adeguata. Sostenuta da una rete familiare più che adeguata, lamenta unicamente un malessere sociale, dovuto alla permanenza forzata in casa per frattura femore, situazione quest' ultima che le crea difficoltà ed impedimenti motori.

Nulla di psicopatologico si rileva se non uno stato ansioso ma assolutamente gestibile.

Torre del Greco, 13-03-2024

TERAPISTA
dott.ssa
ESPOSITO FABIOLA

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di Ictus
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	01 b720.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d4500.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	5

OUTCOME GLOBALE

Mantenimento delle autonomie residue	
--------------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare autonomie

FASI E MODALITA' INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESITI ATTESI:

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	150

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	27-06-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 27-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base	competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie	Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti	Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali	Area emotiva - affettiva	

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente affetta da esiti di ictus; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Training del passo

OPERATORI:

TDR

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	-----------------------------------------	--	------------------------------------------	--

Torre del Greco, 27-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO INIZIO PROGETTO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da esiti di Ictus, ridotto il ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare; deambulazione con bastone, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 27-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista.

Torre del Greco, 27-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

BARTHEL INDEX

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per>45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
Totale (0-100)	55

Torre del Greco, 27-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 9 - DIMISSIONI

VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI

MOTIVO:

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	decesso del paziente
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# Esiti di Ictus		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Esiti di Ictus		

INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

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:		Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (genitore/tutore se minore)			

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di ictus cerebrale
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	01 b720.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d4500.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	5

OUTCOME GLOBALE

Mantenimento delle autonomie residue	
--------------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

FASI E MODALITA' INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESITI ATTESI:

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	150

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	04-12-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 04-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base	competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie	Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti	Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali	Area emotiva - affettiva	

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente con esiti di ictus cerebrale; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

- Migliorare ROM
- Migliorare forza
- Migliorare passaggi posturali e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

- Mobilizzazione attiva e passiva
- Rinforzo muscolare
- Esecuzione di passaggi posturali

OPERATORI:

TDR

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	-----------------------------------------	--	------------------------------------------	--

Torre del Greco, 04-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO INIZIO PROGETTO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stanziali, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; esiti di Ictus Cerebrale, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare, deambulazione con bastone, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 04-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista.

Torre del Greco, 04-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

BARTHEL INDEX

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per>45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
Totale (0-100)	55

Torre del Greco, 04-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 9 - DIMISSIONI
VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI
MOTIVO:

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	decesso del paziente
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# Esiti di Ictus cerebrale		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Esiti di Ictus Cerebrale		

INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

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:		Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco, 04-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di Ictus
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	01 b720.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d4500.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	5

OUTCOME GLOBALE

Mantenimento delle autonomie	
------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali ed equilibrio

FASI E MODALITA' INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESITI ATTESI:

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	02-05-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 02-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base	competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie	Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti	Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali	Area emotiva - affettiva	

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente con esiti di ictus; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Esecuzione di passaggi posturali

OPERATORI:

TDR

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	-----------------------------------------	--	------------------------------------------	--

Torre del Greco, 02-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO INIZIO PROGETTO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da esiti di Ictus e recente episodio di crisi epilettica (1 aprile 2025); ridotto ROM, trofismo e forza muscolare, deambulazione con girello e bastone, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; difficoltà nei movimenti fini.

Torre del Greco, 02-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista.

Torre del Greco, 02-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

BARTHEL INDEX

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per>45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
Totale (0-100)	45

Torre del Greco, 02-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	PANARIELLO	Nome	ANGELA
Data di nascita	13-04-1944	Cartella Clinica n.	7819

SEZIONE 9 - DIMISSIONI

VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI

MOTIVO:

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	decesso del paziente
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# Esiti di Ictus		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Esiti di Ictus		

INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

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:		Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco, 02-05-2025