

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

SEZIONE 6A - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE INIZIALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

LA PAZIENTE PRESENTA DEFICIT COGNITIVO DALLA NASCITA. DAL PUNTO DI VISTA MOTORIO, IPOSTENIA ED IPOTROFIA GENERALIZZATE E SEGNI DI SOFFERENZA DEL SISTEMA EXTRAPIRAMIDALE. INOLTRE DEFICIT MARCATO DELL' EQUILIBRIO STATICO E DINAMICO E DELLA DEAMBULAZIONE. NECESSITÀ DI ASSISTENZA PER I PASSAGGI POSTURALI.

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MANTENIMENTO ATTUALI CONDIZIONI MOTORIE, LADDOVE POSSIBILE MIGLIORAMENTO FORZA, EQUILIBRIO E DEAMBULAZIONE.

MOBILIZZAZIONE ATTIVA E PASSIVA AAI, AASS E TRONCO. TRAINING DEAMBULATORIO, ESERCIZI PER L'EQUILIBRIO STATICO E DINAMICO. ESERCIZI RINFORZO AAI.

Data: 10.10.2024

Torre del Greco, 10-10-2024

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Codice Fiscale	CLBNNA54D48L259I
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	VIALE UNGHERIA 40	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3396003887
Data ammissione	02-10-2024	Data dimissione	

DIAGNOSI

CODICE ESITI DI AFASIA CELEBRALE

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA:

ANAMNESI REMOTA:

Ritardo mentale

Leucemia cronica

Recente infezione urinaria con conseguente allettamento

ANAMNESI PROSSIMA

--

ANAMNESI PATHOLOGICA:

Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

ANAMNESI RIABILITATIVA:

--

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

Torre del Greco, 11-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di asfissia neonatale
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.4
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:	3/7
Durata:	90

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	11-10-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 11-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

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 ritardo mentale da asfissia neonatale; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM

Migliorare forza

Migliorare autonomie

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva

Rinforzo muscolare

Miglioramento autonomie

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, 11-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, scarsamente collaborante, scarsamente orientata nel tempo e nello spazio; ritardo mentale dall'età infantile; allo stato attuale, allettata, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 11-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

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, 11-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

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)	5

Torre del Greco, 11-10-2024

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO

15-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954 (71 anni)	Cartella Clinica n.	7882
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	nubile	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	casalinga	Telefono	3396003887
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
Legge 104/92 gravità Handicap	SI articolo 3 comma 3	NO

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Panariello	Nome	Pietro
Rapporto di parentela	cognato		
Comune di residenza	Torre Del Greco	Telefono	
2)Cognome	Ciliberto	Nome	Maria Colomba
Rapporto di parentela	sorella		
Comune di residenza	Torre Del Greco	Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità nessuna tutela legale		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	2		
Composto da	utente e sorella		

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
Se inadeguata, cosa manca?	È troppo piccola È umida Manca l'ascensore (barriere architettoniche) piano rialzato Ci sarebbero molti lavori da fare Mancano spazi esterni 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 (cognato e sorelle) 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...) Domanda avviata Ass. domiciliare solo sanitaria 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)

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 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 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 Parcheggio riservato Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare) orientamento indennità di comunicazione
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 3) Negativo

Osservazioni nel colloquio

Ausili / presidi utilizzati : sedia a rotelle , letto ortopedico , pannolini richiesti all' ASL di residenza.

La signora è supportata in tutte le attività di vita quotidiana dalla sorella.

Supportata dal cognato per le pratiche burocratiche.

E' sottoposta a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale.

Presente la rete familiare

Utile monitoraggio.

Torre del Greco, 15-10-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

SEZIONE 6D - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE FINALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

RISPETTO ALLE CONDIZIONI DI INIZIO PROGETTO LA PAZIENTE È MIGLIORATA PARZIALMENTE NELLA DEAMBULAZIONE E NELLA FORZA DEGLI ARTI INFERIORI.

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MANTENIMENTO ATTUALI CONDIZIONI MOTORIE, LADDOVE POSSIBILE MIGLIORAMENTO FORZA, EQUILIBRIO E DEAMBULAZIONE.

MOBILIZZAZIONE ATTIVA E PASSIVA AAII, AASS E TRONCO. TRAINING DEAMBULATORIO, ESERCIZI PER L'EQUILIBRIO STATICO E DINAMICO. ESERCIZI RINFORZO AAII.

OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Data: 03/01/2024			

Torre del Greco, 03-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di Asfissia 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):	04
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.4
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:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	29-01-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 29-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

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 Asfissia Cerebrale Neonatale; 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, 29-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, scarsamente collaborante, scarsamente orientata nel tempo e nello spazio; asfissia neonatale con ritardo mentale; allettata, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare, necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 29-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

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, 29-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

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)	5

Torre del Greco, 29-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

SEZIONE 9 - DIMISSIONI

VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI

MOTIVO:

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESO DEL PAZIENTE
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# Ritardo mentale da Asfissia neonatale		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Ritardo mentale da Asfissia neonatale		

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, 29-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Asfissia neonatale
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):	04
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.4
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:	90

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	19-03-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 19-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

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 Asfissia neonatale; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM

migliorare forza

Ridurre ipertono

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva

Rinforzo muscolare

Riduzione ipertonie

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, 19-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

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

Paziente in condizioni cliniche stanzonarie, vigile, scarsamente collaborante, scarsamente orientata nel tempo e nello spazio; asfissia neonatale con ritardo mentale; allettata, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare, necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 19-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

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, 19-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

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)	5

Torre del Greco, 19-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	CILIBERTO	Nome	ANNA
Data di nascita	08-04-1954	Cartella Clinica n.	7882

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# Asfissia neonatale		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Asfissia neonatale		

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, 19-03-2025