

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

La signora Formisano, 61 anni, é sottoposta a trattamento riabilitativo trisettimanale dal 2009 per "sclerosi multipla, tetraipostenia e deficit della deambulazione autonoma". Al momento del colloquio la signora appare orientata nel tempo, nello spazio e nella persona. La signora vive da sola e riesce a provvedere autonomamente alle faccende di casa e alle attività di vita quotidiana (vestirsi, lavarsi, andare in bagno autonomamente). Riesce a spostarsi all'interno della propria abitazione da sola, mentre usa il bastone fuori casa. Tuttavia, può contare sul supporto dei familiari. Non sono presenti significative alterazioni del sonno o dell'appetito. La signora lamenta occasionali deflessioni del tono dell'umore riconducibili alle condizioni in cui versa.

Torre del Greco, 24-01-2023

CASE MANAGER

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	NUBILE	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	PENSIONATA	Telefono	0818825903
È seguito dal servizio sociale di	NO		

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	24-01-2023
-------------------	------------

È titolare di:

Pensione	SI	NO
Invalità civile	SI	100 % NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	FORMISANO	Nome	RAFFAELE
Rapporto di parentela	FRATELLO		
Comune di residenza	ERCOLANO	Telefono	
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	1		
Composto da	UTENTE		

**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?	Sì, è una casa confortevole Sì, è appena sufficiente No, è insufficiente
Se inadeguata, cosa manca?	È troppo piccola È umida Manca l'ascensore (barriere architettoniche) 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 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?	Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...) 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?	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 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 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)
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 terapeuta che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

Osservazioni nel colloquio

La signora vive da sola e riesce a provvedere autonomamente alle faccende di casa e alle attività di vita quotidiana.

Rete familiare presente.

La signora Carmela, riferisce di essere soddisfatta del servizio erogato dal centro e del trattamento riabilitativo al



|quale è sottoposta (3 volte la settimana).

Torre del Greco,26-01-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Codice Fiscale	FRMCML61M71L259G
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	
Indirizzo	v.marconi 48	CAP	
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	0818825903
Data ammissione	01-06-2020	Data dimissione	

DIAGNOSI

CODICE SCLEROSI MULTIPA

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA:

ANAMNESI REMOTA:

ANAMNESI PROSSIMA

Improvvisa comparsa di deficit di forza arto inferiore sinistro nell'estate 2005; ricovero presso l'UO di neurologia del Policlinico di Napoli, dove viene posta diagnosi. Trattamento iniziale con corticosteroidi e successivamente con interferone

ANAMNESI PATOLOGICA:

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

ANAMNESI RIABILITATIVA:

Ipostenia e Ipotrofia generalizzata, in particolar modo all'arto inferiore sinistro.

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

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

Torre del Greco, 28-07-2023

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente affetta da Sclerosi multipla, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio. Ridotto ROM in particolar modo della caviglia sinistra, atteggiata in equinismo. Ipertono spastico della muscolatura, ridotta forza e trofismo muscolare. Necessita di minima assistenza per la deambulazione e i passaggi posturali. Scoliosi. Descritte cadute occasionali.

Torre del Greco, 28-07-2023

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

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)	85

Torre del Greco, 28-07-2023

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Sclerosi Multipla
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):	03 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 equilibrio e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	3/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	12-07-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,12-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

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 Sclerosi multipla; 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
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,12-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

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

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

Torre del Greco,12-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

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 terapeuta.

Torre del Greco,12-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

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)	80

Torre del Greco, 12-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

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# sclerosi Multipla		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Sclerosi multipla		

**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 (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,12-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE**

Nella sezione "Allegati" sono presenti i seguenti strumenti di valutazione:

- 1) Il questionario MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) per valutare il supporto sociale percepito dall'utente, proveniente dalla famiglia, dagli amici e da una persona particolarmente significativa.

Costituito da 12 items su scala tipo Likert a sette punti.

Un punteggio elevato sulla scala indica la presenza di un buon supporto, un punteggio basso indica invece scarse risorse sociali presenti nella vita della persona.

- 2) C. B. I. (Caregiver Burden Inventory) strumento di valutazione dello stress del caregiver correlato all'assistenza.

Compilato direttamente dal caregiver crocettando, per ogni domanda, la casella che più gli corrisponde; inoltre ha un punteggio separato per ogni dimensione indagata, diversamente da altri questionari che portano ad avere un risultato globale o unidimensionale.

Gli ambiti che indaga il C.B.I. sono:

- Carico oggettivo: si fa riferimento al tempo richiesto al caregiver per assolvere i suoi compiti di assistenza, facendo emergere il carico associato alla restrizione di tempo da dedicare a sé
- Carico evolutivo: in questa sezione si indaga la percezione del caregiver di sentirsi escluso, rispetto ad aspettative ed opportunità dei propri coetanei
- Carico fisico: in qui si fa emergere l'eventuale sensazione di problemi di salute e fatica cronica conseguenti all'assistenza
- Carico sociale: in cui viene descritta l'eventuale percezione di un conflitto di ruolo
- Carico emotivo: nell'ultima sezione si descrivono i sentimenti ed emozioni del caregiver verso il proprio familiare.

L'obiettivo principale è quello di far emergere il livello di burden dei caregiver e valutare successivamente la necessità o meno di un qualche intervento che possa essere efficace nella riduzione dei livelli di stress e comprendere in quale dimensione vi è maggiore bisogno di sostegno.

E' utile approfondire l'argomento.

Torre del Greco, 17-10-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE**

Carmela, é sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale, considerando positiva la professionalità e la relazione con il terapeuta che pratica il trattamento.

L'utente ha una invalidità al 100% e percepisce indennità di accompagnamento, oltre che una pensione di invalidità.

Al momento del colloquio, avvenuto in data 05 dicembre 2024, Carmela appare orientata nel tempo e nello spazio. La signora vive da sola, riesce a provvedere autonomamente alle faccende di casa e alle attività di vita quotidiana, mentre nelle uscite o nelle pratiche burocratiche è supportata dal fratello. Ha 3 fratelli

La signora con diagnosi di Sclerosi Multipla è seguita presso l'Azienda Ospedaliera "Policlinico".

Torre del Greco, 05-12-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

In data 5 Dicembre 2024 è stata svolta la visita di monitoraggio presso il domicilio della paziente Formisano Carmela, affetta da sclerosi multipla.

Carmela fin da subito disponibile al colloquio, appare orientata nel tempo e nello spazio. Autonoma nei movimenti, per alcune pratiche quotidiane viene aiutata dal fratello Raffaele.

Al momento segue la terapia 3 volte a settimana, anche se a breve la somministrazione verrà sospesa.

Da un punto di vista farmacologico assume lyrica.

Alimentazione e sonno regolare

Torre del Greco,07-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Sclerosi Multipla
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):	03 b720.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d2100.3
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 passaggi posturali
Migliorare deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	3/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

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

Torre del Greco,29-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

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 Sclerosi Multipla, necessita di assistenza per i passaggi posturali e la deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare equilibrio e deambulazione

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,29-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio, affetta da Sclerosi Multipla, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare, cifosi dorsale, deambulazione con girello; necessita di minima assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 29-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

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 terapeuta.

Torre del Greco, 29-01-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

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)	75

Torre del Greco,29-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	CARMELA
Data di nascita	31-08-1961	Cartella Clinica n.	4393

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# Sclerosi Multipla		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Sclerosi Multipla		

**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 (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,29-01-2025