

PAZIENTE:

Cognome	ESPOSITO	Nome	SALVATORE BENEDETTO	Anno di nascita	2013	Cartella clinica n.	000180/1
----------------	----------	-------------	------------------------	--------------------------------	------	------------------------------------	----------

SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

Valutazione finale di dimissione

MOTIVO:

Termine del percorso terapeutico su disposizione dell'ASL di competenza.

DIAGNOSI IN INGRESSO:

Paziente con disturbo del linguaggio e difficoltà negli apprendimenti

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Paziente con disturbo del linguaggio e difficoltà negli apprendimenti in evoluzione positiva

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

Osservazione finale di dimissione:

b.no con diagnosi di disturbo de linguaggio e dell'aprendimento , ha effettuato percorso riabilitativo logopedico con l'obiettivo di migliorare le prassie LBF,il profilo, fonologico,semantico-lessicale e l'area degli apprendimenti e del calcolo; al termine del percorso riabilitativo Salvatore risulta migliorato nelle diverse aree di intervento,ridotti gli errori in cifratura e decifratura, le abilità dialogico-narrative ed i processi di calcolo e problem-solving.

Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza domiciliare:

Si consiglia il monitoraggio ed il profilo prestazionale di Salvatore sotto il profilo didattico e degli apprendimenti in generale.

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

Non si ritiene di fornire particolari indicazioni in tale ambito, si raccomanda comunque di mantenere un adeguato flusso informativo con il personale docente di riferimento.

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 28/12/2022

Direttore Sanitario _____

Firma del paziente (familiare/tutore se minore) _____