

PAZIENTE:

| | | | | | | | |
|---------|-------|------|------------|-----------------|------|---------------------|----------|
| Cognome | DOSSI | Nome | EMMANUEL A | Anno di nascita | 2014 | Cartella clinica n. | 000094/1 |
|---------|-------|------|------------|-----------------|------|---------------------|----------|

PROGETTO RIABILITATIVO

N° PROGRESSIVO: 3

| | |
|--|--|
| 1. Diagnosi | Cod. ICD9: 299.00 ; ICD9(#2): Cod. ICD10: F84.0 |
| 2. Classe di Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cod. (ICF): |
| 3. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH): Cod. (ICF): |
| 4. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: Note: |
| 5. Prognosi (tabella D) | Scala: |

OUTCOME GLOBALE:

n.d.

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI:

n.d.

FASI E MODALITÀ INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESISI ATTESI:

Tipologia Trattamento:

Logopedia (freq. gg: 3/7)

Psicomotricità (freq. gg: 3/7)

Psicoterapia familiare (freq. gg: 1/7)

Durata: 180 giorni, dal 19/11/2022 al 13/05/2023

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE):

Regime ambulatoriale

Tipologia logopedia 3/7

neuropsicomotricità 3/7

psicoterapia fam 1/7

Durata 180 giorni

PAZIENTE:

| | | | | | | | |
|----------------|-------|-------------|---------------|--------------------------------|------|------------------------------------|-----------------|
| Cognome | DOSSI | Nome | EMMANUEL A | Anno di nascita | 2014 | Cartella clinica n. | 000094/1 |
|----------------|-------|-------------|---------------|--------------------------------|------|------------------------------------|-----------------|

Data
16/11/2022

**Firma Direttore Sanitario**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio
#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed
Odontoiatri