

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	SACCO	<b>Nome</b>	ANNA	<b>Anno di nascita</b>	2005	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>000009/1</b>
----------------	-------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	-----------------

**VISITE DI CONTROLLO****N° PROGRESSIVO: 2****VISITA DI CONTROLLO:**

Quadro clinico-funzionale di "disturbo dello spettro autistico grave", risultano allungati i tempi di attesa, la motricità generale è notevolmente impacciata con deambulazione goffa, scarse abilità di motricità fine e grafomotorie. Il linguaggio verbale è limitato nel vocabolario le competenze cognitive sono inadeguate la comprensione risulta maggiormente efficace. Risponde a semplici consegne all'interno della stanza di terapia (come accendi la luce, metti il pasto, ecc), le stereotipie verbali sono sempre presenti. E'autonoma durante il pranzo, necessita di assistenza per evitare che si possa sporcare. Assente il controllo sfinterico.

Si prosegue l'iter riabilitativo come definito all'interno del programma.

**Data**

14/12/2022