

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	MOCERINO	<b>Nome</b>	MASCHA	<b>Anno di nascita</b>	2011	<b>Cartella clinica n.</b>	000244/1
----------------	----------	-------------	--------	------------------------	------	----------------------------	----------

## PROGETTO RIABILITATIVO

**N° PROGRESSIVO: 4**

<b>1. Diagnosi</b>	<b>Cod. ICD9: 312.9 ; ICD9(#2):</b> <b>Cod. ICD10: F91.9</b>
<b>2. Classe di Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)</b>	<b>Cod. (ICIDH):</b> <b>Cod. (ICF):</b>
<b>3. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)</b>	<b>Cod. (ICIDH):</b> <b>Cod. (ICF):</b>
<b>4. Gravità disabilità (tabella C)</b>	<b>Scala:</b> <b>Note:</b>
<b>5. Prognosi (tabella D)</b>	<b>Scala:</b>

### 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: 2/7)

Psicoterapia (freq. gg: 1/15)

Psicoterapia familiare (freq. gg: 1/7)

**Durata:** 180 giorni, dal 11/02/2023 al 09/08/2023

### POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE):

Regime ambulatoriale

Tipologia logopedia 2/7

psicoterapia fam. 1/7

psicoterapia ind. 1/7

Durata 180 giorni

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	MOCERINO	<b>Nome</b>	MASCHA	<b>Anno di nascita</b>	2011	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>000244/1</b>
----------------	----------	-------------	--------	------------------------	------	----------------------------	-----------------

**Data**  
02/02/2023

**Firma Direttore Sanitario**

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