

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	PIROZZI	<b>Nome</b>	SAMUELE	<b>Anno di nascita</b>	2011	<b>Cartella clinica n.</b>	000253/1
----------------	---------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

**PROGETTO RIABILITATIVO****N° PROGRESSIVO: 4**

<b>1. Diagnosi</b>	<b>Cod. ICD9: 299.00 ; ICD9(#2):</b> <b>Cod. ICD10: F84.0</b>
<b>2. Classe di Menomazione (ICIDH)</b> <b>Funzioni e strutture (ICF)</b>	<b>Cod. (ICIDH):</b> <b>Cod. (ICF):</b>
<b>3. Disabilità (ICIDH)</b> <b>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.

**FASE E MODALITÀ INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESITI ATTESI:****Tipologia Trattamento:**

Logopedia (freq. gg: 3/7)

Psicomotricità (freq. gg: 4/7)

**Durata:** 180 giorni, **dal** 11/02/2023 **al** 09/08/2023**POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE):**

Regime ambulatoriale

Tipologia logopedia 3/7

neuropsicomotricità 4/7

psicoterapia ind. 1/7

terapia occupazionale ind. 3/7

Nota del prescrittore: partecipazione assidua alla psicoterapia familiare prescritta per gli altri fratelli, privilegiare fascia pomeridiana, si autorizza doppio e triplo accesso.

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	PIROZZI	<b>Nome</b>	SAMUELE	<b>Anno di nascita</b>	2011	<b>Cartella clinica n.</b>	000253/1
----------------	---------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

**Data**

09/02/2023

**Firma Direttore Sanitario**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed Odontoiatri