

PAZIENTE:

Cognome	Computing	Nome	Brain	Anno di nascita	2015	Cartella clinica n.	000471 /15	Letto e stanza	,
---------	-----------	------	-------	-----------------	------	---------------------	------------	----------------	---

RELAZIONE FINALE - SCHEDA DIMISSIONI

GENERALITÀ DELL'ASSISTITO:

Cognome Computing Nome Brain

Sesso: M

nato a Acerra il 01/01/2015 residente a Via test (NA), in Afragola ASL Distretto Codice Fiscale:

CMPBRN00A01F8390 Telefono:

Tutore: Telefono:

DATI RICOVERO:

Data di ricovero: 01/01/1970

Data di dimissioni:

Motivazione:

ssssss

MOTIVAZIONE VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONE:

DIAGNOSI ATTUALE:

test art 44

Potenzialità di recupero persistenti e tempo stimato di raggiungimento:

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO:

Regime Infermieristico(ex Art. 26 L. 833/78)

Farmaco: Zitromax

Dosaggio: 6

Quantita: Altro

Altro: WEDFWQEDF

Somministrazione: HGTFRDES

Data inizio: 27/07/2023

Firma medico: CM

Medico: Maffucci Claudia

Regime Infermieristico (T.P. RD1)(Trattamento Privato)

Quantita: Meta

Quantita: Altro

Altro: sssss

Somministrazione: 11

Medico: Software Administrator

Proposta di interventi e comunicazioni ai rappresentanti/familiari:

Cartella Clinica RD1 Estensiva

Rev. 0.1 - 17/06/2022

PAZIENTE:

Cognome	Computing	Nome	Brain	Anno di nascita	2015	Cartella clinica n.	000471 /15	Letto e stanza	,
----------------	-----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	------------	-----------------------	---

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLE DIMISSIONI:

Data

16/10/2023

Firma Direttore Sanitario

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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

Data

Firma Paziente o Tutore
