

PAZIENTE:

Cognome	ESPOSITO	Nome	ANNA	Anno di nascita	1935	Cartella clinica n.	001146/1
---------	----------	------	------	-----------------	------	---------------------	----------

SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

Valutazione finale di dimissione

MOTIVO:

Scadenza del contratto terapeutico e mancato rinnovo dello stesso.

DIAGNOSI IN INGRESSO:

Poliartropatia e vasculopatia cerebrale cronica.

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Poliartropatia e vasculopatia cerebrale cronica.

INFORMAZIONI SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE NECESSITA' ASSISTENZIALE A DOMICILIO

Osservazione finale di dimissione:

Paziente con poliartropatia e vasculopatia cerebrale ha effettuato trattamento riabilitativo neuromotorio in regime domiciliare con l'obiettivo di sostenere la motilità segmentaria e le autonomie residue nei trasferimenti, prevenire ulteriori strutturazioni viziate e migliorare la tolleranza allo sforzo. Il programma svolto ha previsto tecniche di mobilizzazione articolare, rinforzo muscolare, esercizi di equilibrio ed esercizi di FKT respiratoria. Al termine del percorso terapeutico risulta in recupero la tolleranza allo sforzo, mantenuta la possibilità di eseguire i trasferimenti semplici con ausilio, necessita di supporto in alcune attività del quotidiano.

Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza domiciliare:

Si consiglia di monitorare la paziente sotto il profilo clinico programmando controlli medici periodici e valutazione degli indici ematochimici, si raccomanda una adeguata idratazione e movimentazione al fine di prevenire lesioni da pressione.

Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:

Utile il monitoraggio funzionale al fine di intercettare eventuali necessità di modulazione degli ausili per i trasferimenti.

Note:

n.d.

N.B. copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

DATA 28/01/2023

Direttore Sanitario _____

PAZIENTE:

Cognome	ESPOSITO	Nome	ANNA	Anno di nascita	1935	Cartella clinica n.	001146/1
----------------	----------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	----------

Firma del paziente (familiare/tutore se minore) _____