

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	COZZOLINO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	09-08-2023	Codice Fiscale	CZZGPP23M09G813B
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	VIA CALABRIA 42	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3510745841
Data ammissione	19-06-2025	Data dimissione	

DIAGNOSI

CODICE IPOSTENIA ARTI INFERIORI

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA:

ANAMNESI REMOTA:

ANAMNESI PROSSIMA**ANAMNESI PATOLOGICA:**

Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

ANAMNESI RIABILITATIVA:**AGGIORNAMENTO ANAMNESI:**

Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

Torre del Greco,20-06-2025

PAZIENTE:

Cognome	COZZOLINO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	09-08-2023	Cartella Clinica n.	8016

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di pleuropolmonite necrotizzante e shock settico
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	BDN05; PUL01-02; MEE10; MEE02
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	3

OUTCOME GLOBALE

Sostenere il benessere globale	
--------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

- Consolidare il controllo posturale
- Favorire la stabilità dinamica

**FASI E MODALITA' INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESITI
ATTESI:**

Tipologia Trattamento:	RNM 3/6
Frequenza:	3/6
Durata:	120gg

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	20-06-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco, 20-06-2025

PAZIENTE:

Cognome	COZZOLINO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	09-08-2023	Cartella Clinica n.	8016

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base		competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie		Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti		Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali		Area emotiva - affettiva	

SITUAZIONE ATTUALE:

Bambino con difficoltà motorie pleuropolmonite necrotizzante e shock settico con ipostenia degli arti inferiori in sede di recupero spontaneo ed equilibrio dinamico appena incerto

ELENCO OBIETTIVI

- Consolidare il controllo posturale
- Favorire la stabilità dinamica

METODOLOGIE OPERATIVE:

RNM 3/6

OPERATORI:

Dott.ssa Fabozzo M.R.

MISURE D'ESITO APPLICATE

Valutazione iniziale, intermedia e finale

TEMPI DI VERIFICA:

A metà e fine ciclo

RISULTATO

--

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,20-06-2025

PAZIENTE:

Cognome	COZZOLINO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	09-08-2023	Cartella Clinica n.	8016

SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione ASL e si elaborano il Progetto e il Programma abilitativo tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi contenuti nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni ai terapisti: si utilizza il Protocollo O

Torre del Greco,20-06-2025

PAZIENTE:

Cognome	COZZOLINO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	09-08-2023	Cartella Clinica n.	8016

SEZIONE 9 - DIMISSIONI**VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI****MOTIVO:**

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESSO DEL PAZIENTE
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08#		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:			

**INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE
NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

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:		Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,20-06-2025