

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	GALASSO	<b>Nome</b>	LUIGI	<b>Anno di nascita</b>	2012	<b>Cartella clinica n.</b>	000125/1
----------------	---------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	----------

**PROGETTO RIABILITATIVO****N° PROGRESSIVO: 3**

<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: 2/7)

Psicomotricità (freq. gg: 4/7)

**Durata:** 180 giorni, dal 02/04/2023 al 28/09/2023**POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE):**

Regime ambulatoriale

Tipologia logopedia 4/7

neuropsicomotricità 4/7

psicoterapia fam. 1/7 (inclusi nel setting fratria, genitori e paziente)

Durata 180 giorni (necessario doppio accesso)

**Data**

02/02/2023

**Firma Direttore Sanitario**

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	GALASSO	<b>Nome</b>	LUIGI	<b>Anno di nascita</b>	2012	<b>Cartella clinica n.</b>	000125/1
----------------	---------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	----------

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