

PAZIENTE:

Cognome	SALZANO	Nome	ANNA	Anno di nascita	1940	Cartella clinica n.	2554/1	Letto e stanza	,
----------------	---------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	--------	-----------------------	---

DOCUMENTO DI SINTESI

GENERALITÀ DELL'ASSISTITO:

Cognome: SALZANO

Nome: ANNA

Sesso: F

nata a Napoli il 02/08/1940 residente a Via V Don Luigi Guanella,63 (NA), in Casalnuovo di Napoli

Codice Fiscale: SLZNNA40M42F839H

Telefono paziente: 3665050859

Tutore: Vilma Coda

Telefono: 3665050859

Il paziente proviene dall'Unità di Cura Residenziale per Riabilitazione Estensiva (RD1 Estensiva) Centro Anna Rita Buonincontro S.r.l. Via Prof. Filippo Manna 23, Casalnuovo (NA) contattabile al nr. 081 522 7676

Diagnosi di ingresso: Frattura femorale pertrocanterica, chiusa, sezione non specificata

DATI CLINICI:

Disturbi del comportamento	NO	Ridotto il grado di disorientamento temporo-spaziale e la s. ansiosa presenti in fase iniziale di ricovero.
Malattie infettive e contagiose in atto	NO	n.d.
Allergie a Farmaci	NO	n.d.

Terapia Farmacologica in atto (tipo e posologia):

Farmaco: Lansoprazolo

Orario: 06:30

Note: 1 cp ore 06.30 prima di colazione

Farmaco: Losazid

Orario: 08:00

Note: 1/2 (META') cp ore 08.00

PAZIENTE:

Cognome	SALZANO	Nome	ANNA	Anno di nascita	1940	Cartella clinica n.	2554/1	Letto e stanza	,
----------------	---------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	--------	-----------------------	---

Farmaco: Cardicor

Orario: 16:00

Note: 1 cp ore 16.00

Farmaco: Libradin

Orario: 16:30

Note: 1 cp ore 16.30

Farmaco: Enoxaparina

Orario: 20:00

Data fine: 07/06/2024

Farmaco: Tachipirina

Orario: ---

Note: 1 cp in caso di s. dolorosa o iperpiressia

Farmaco: Levolac

Orario: ----

Note: 1 misurino in caso di stipsi

Altre terapie specifiche:

Dialisi	NO	n.d.
Chemioterapia	NO	n.d.
Radioterapia	NO	n.d.
Altro	NO	n.d.
Lesioni da decubito	NO	Lesione glutea presente all'ingresso guarita.
Altre ulcere cutanee	NO	n.d.

Respiro:	Autonomo	n.d.
Nutrizione:	OS	n.d.
Apparato urinario:	Pannolone	
Alvo:	Stipsi (trattamento)	n.d.

PAZIENTE:

Cognome	SALZANO	Nome	ANNA	Anno di nascita	1940	Cartella clinica n.	2554/1	Letto e stanza	,
----------------	---------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	--------	-----------------------	---

	(abituale)	
Arteriopatie periferiche:	no	
Trombosi venose:	No	n.d.
Ausili propri:		n.d.

Funzionalità motoria

Si muove spontaneamente nel letto	SI	
Cambia postura da solo	SI CON AIUTO	
Può mantenere la posizione seduta	SI	
Può caricare gli arti inferiori	SI	
Cammina	SI	Con assistenza
Usa efficacemente le mani	SI	

Recapiti del Direttore Sanitario del Centro: 081 522 7676

Data

04/06/2024

Firma Direttore Sanitario/Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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