

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Nunziata orientata nel tempo e nello spazio. Deambula con il sostegno di un ausilio. Familiari presenti marito e figlia, Nunziata riferisce di avere supporto emotivo ed affettiva da tutti i componenti della sua famiglia. Madre di quattro figli.

Psicologicamente non si rileva nessuna problematica di deflessione umorale nè disagio relazionale, per un aggravamento della problematica motoria dal mese di settembre a.p. non esce di casa; da rendere noto che le condizioni strutturali abitazione, non rendono di facile realizzazione questa possibilità nelle attuali condizioni della signora Galano.

Propositiva, progettualità futura presente. lievi problematiche uditive, umore stabile, ciclo sonno veglia alterato come consuetudine per età.

Torre del Greco, 28-02-2024

TERAPISTA

dott.ssa

ESPOSITO FABIOLA

SCHEDA SOCIALE

| | |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 27-02-2024 |
|-------------------|------------|

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 (76 a.) | Cartella Clinica n. | 7823 |
| Luogo | TORRE DEL GRECO | | |
| Stato civile | coniugata | Comune di residenza | TORRE DEL GRECO |
| Condizione professionale | casalinga | Telefono | 3512254954 |
| È seguito dal servizio sociale di | no | | |

L'utente e/o caregiver riferisce:

| | |
|--|-------------|
| Pensione | SI NO |
| Invalità civile | SI 100 % NO |
| Indennità di accompagnamento | SI NO |
| Legge 104/92 gravità Handicap | SI NO |
| Art. 3 comma 3 dopo aver effettuato ricorso (documentazione in possesso C.T.U.) | |

Persone di riferimento/caregiver principale

| | | | |
|------------------------------------|---|----------|------------|
| 1)Cognome | Marrone | Nome | Gennaro |
| Rapporto di parentela | marito | | |
| Comune di residenza | TdG | Telefono | 3512254954 |
| 2)Cognome | Marrone | Nome | Giuseppina |
| Rapporto di parentela | figlia | | |
| Comune di residenza | TdG | Telefono | |
| 3)Tutela | Nessuna tutela Tutore Inabilità Interdizione | | |
| Cognome e nome del tutore legale | | | |
| N° componenti del nucleo familiare | 2 | | |
| Composto da | utente e marito | | |

**Situazione abitativa:**

| | |
|--|--|
| L'abitazione dove la persona risiede si trova | In centro (del comune) Fuori dal centro (periferia) È isolata |
| L'abitazione è adeguata alle esigenze della persona? | Si, è una casa confortevole Si, è appena sufficiente No, è insufficiente |
| Se inadeguata, cosa manca? | È troppo piccola È umida Manca l'ascensore (barriere architettoniche) Ci sarebbero molti lavori da fare Mancano spazi esterni Altro (specificare) |
| A che titolo l'utente occupa l'abitazione? | Affitto Proprietà Comodato Altro titolo |

Situazione socio-familiare:

| | |
|---|---|
| La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi? | Parenti: 4 figli (3M - 1F) Amici Vicini Persone appartenenti ad una associazione di volontariato Nessuno |
| La famiglia fa ricorso o ha fatto ricorso in passato per la cura della persona disabile a servizi di assistenza domiciliare, da parte di personale incaricato dalla Asl o Comune? | Nessun servizio Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...) Ass. domiciliare solo sanitaria Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale) Altro (specificare) |
| Per quante ore in media alla settimana? | |
| La famiglia, per la cura della persona disabile, quali dei seguenti servizi a pagamento utilizza? | Nessun servizio Assistenza domiciliare sanitaria Badante che coabita con la famiglia Badante che non coabita Altro (specificare) |



Situazione economica/assistenza e servizi

| | |
|--|---|
| Quali sono le fonti di reddito della famiglia? | Reddito da lavoro Pensione da lavoro Pensione sociale Pensione di reversibilità Assegno di accompagnamento Altri aiuti pubblici (specificare) Altro (specificare) |
| Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità? | Visite assistenza medico-sanitaria specialistica Assistenza domiciliare stabile (badante) Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare) |
| La persona disabile percepisce una delle seguenti forme di assistenza pensionistica o di contributi a sostegno del reddito? | Assegno ordinario di invalidità Pensione di invalidità civile Pensione di inabilità Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare) |
| La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare? | Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Orientamento permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Orientamento contrassegno parcheggio per disabili Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare) |
| I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità | Non ha avuto difficoltà Difficoltà di accesso alle informazioni Tempi lunghi per avere la diagnosi definitiva Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico Problemi economici Problemi di inserimento nella società Problemi nelle relazioni con amici e parenti Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare) |
| La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"? | 1) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo |
| La famiglia come considera il rapporto con il terapeuta che pratica il trattamento? | 1) Nuovo inizio - dott.ssa Raffaella (durata della terapia viene riferito di 30 min) 2) Positivo 3) Negativo la sig.ra è sottoposta a trattamento fisioterapico bisettimanale |

Osservazioni nel colloquio

Nunziata, riferisce a colloquio che dal mese di settembre non esce di casa, ciò va ad inficiare sull'umore della signora. Inoltre le condizioni strutturali dell'abitazione non rendono di facile realizzazione le uscite sul territorio.



L'utente cammina con difficoltà, è adeguatamente supportata dalla famiglia in tutte le attività di vita quotidiana, in particolar modo dal marito e dalla figlia.

Ausili/presidi utilizzati sono: Pannoloni e deambulatore forniti dall'Asl di residenza.

Torre del Greco,28-02-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Mielopatia Lombare |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica |
| 3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | 04 b730.2 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI d450.3.3 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 5 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|--------------------------------------|--|
| Mantenimento delle autonomie residue | |
|--------------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|-------------------------------|
| Migliorare ROM |
| Migliorare forza |
| Migliorare passaggi posturali |

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

| | |
|------------------------|-------------------|
| Tipologia Trattamento: | RNM (a domicilio) |
| Frequenza: | 2/7 |
| Durata: | 120 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 10-06-2024 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,10-06-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

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:

Paziente affetta da Mielopatia Lombare; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Esecuzione di passaggi posturali

OPERATORI:

TDr

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

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

Torre del Greco,10-06-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO INIZIO PROGETTO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Mielopatia Lombare e obesità di alto grado; ridotto il ROM dei 4 arti, ridotto il trofismo e la forza muscolare; deambulazione con girello e assistenza; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,10-06-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

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

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapeuta.

Torre del Greco,10-06-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

BARTHEL INDEX

| ATTIVITA' | Punteggio |
|---|-----------|
| Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente | 0 5 10 |
| Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente | 0 5 |
| Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio) | 0 5 |
| Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni | 0 5 10 |
| Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente | 0 5 10 |
| Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente | 0 5 10 |
| Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella | 0 5 10 |
| Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente | 0 5 10 15 |
| Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per>45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello | 0 5 10 15 |
| Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili | 0 5 10 |
| Totale (0-100) | 25 |

Torre del Greco,10-06-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

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# Mielopatia Lombare | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Mielopatia Lombare | | |

**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,10-06-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Mielopatia lombare |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica |
| 3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | 04 b730.2 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI d450.3.3 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 5 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|--------------------------------------|--|
| Mantenimento delle autonomie residue | |
|--------------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|-------------------------------|
| Migliorare forza |
| Migliorare passaggi posturali |
| Migliorare deambulazione |

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

| | |
|------------------------|-------------------|
| Tipologia Trattamento: | RNM (a domicilio) |
| Frequenza: | 3/7 |
| Durata: | 120 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 06-11-2024 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,06-11-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

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:

| |
|---|
| Paziente con Mielopatia lombare; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie |
|---|

ELENCO OBIETTIVI

| |
|-------------------------------|
| Migliorare forza |
| Migliorare passaggi posturali |
| Migliorare deambulazione |

METODOLOGIE OPERATIVE:

| |
|----------------------------------|
| Rinforzo muscolare |
| Esecuzione di passaggi posturali |
| Training del passo |

OPERATORI:

| |
|-----|
| TDR |
|-----|

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

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

Torre del Greco,06-11-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO INIZIO PROGETTO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta Mielopatia Lombare; recente intervento di PTA dx (30/09/2024); deambulazione con girello, ridotto trofismo e forza muscolare; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 06-11-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

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

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapeuta.

Torre del Greco,06-11-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

BARTHEL INDEX

| ATTIVITA' | Punteggio |
|---|-----------|
| Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente | 0 5 10 |
| Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente | 0 5 |
| Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio) | 0 5 |
| Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni | 0 5 10 |
| Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente | 0 5 10 |
| Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente | 0 5 10 |
| Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella | 0 5 10 |
| Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente | 0 5 10 15 |
| Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per>45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello | 0 5 10 15 |
| Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili | 0 5 10 |
| Totale (0-100) | 25 |

Torre del Greco,06-11-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

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# Mielopatia Lombare | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Mielopatia Lombare | | |

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 (genitore/tutore se minore) | | | |

Torre del Greco,06-11-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Mielopatia lombare |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica |
| 3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | 04 b730.2 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI d450.3.3 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 5 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|--------------------------------------|--|
| Mantenimento delle autonomie residue | |
|--------------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|-------------------------------|
| Migliorare forza |
| Migliorare passaggi posturali |
| Migliorare deambulazione |

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

| | |
|------------------------|-------------------|
| Tipologia Trattamento: | RNM (a domicilio) |
| Frequenza: | 3/7 |
| Durata: | 120 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 12-03-2025 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

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:

| |
|--|
| Paziente con Mielopatia Lombare; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione |
|--|

ELENCO OBIETTIVI

| |
|-------------------------------|
| Migliorare forza |
| Migliorare passaggi posturali |
| Migliorare deambulazione |

METODOLOGIE OPERATIVE:

| |
|----------------------------------|
| Rinforzo muscolare |
| Esecuzione di passaggi posturali |
| Training del passo |

OPERATORI:

| |
|-----|
| TDR |
|-----|

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

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

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO INIZIO PROGETTO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta Mielopatia Lombare; intervento di PTA dx (30/09/2024); deambulazione con girello, ridotto trofismo e forza muscolare; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

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

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista.

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

BARTHEL INDEX

| ATTIVITA' | Punteggio |
|---|-----------|
| Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente | 0 5 10 |
| Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente | 0 5 |
| Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio) | 0 5 |
| Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni | 0 5 10 |
| Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente | 0 5 10 |
| Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente | 0 5 10 |
| Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella | 0 5 10 |
| Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente | 0 5 10 15 |
| Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per>45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello | 0 5 10 15 |
| Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili | 0 5 10 |
| Totale (0-100) | 25 |

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | GALANO | Nome | NUNZIATA |
| Data di nascita | 27-10-1947 | Cartella Clinica n. | 7823 |

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# Mielopatia Lombare | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Mielopatia Lombare | | |

**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,12-03-2025