

PAZIENTE:

Cognome	DI FIORE	Nome	SALVATORE	Anno di nascita	1957	Cartella clinica n.	2243/2	Letto e stanza	14, 7
---------	----------	------	-----------	-----------------	------	---------------------	--------	----------------	-------

DOCUMENTO DI SINTESI

GENERALITÀ DELL'ASSISTITO:

Cognome DI FIORE Nome SALVATORE

Sesso: M

nato a Cercola il 15/12/1957 residente a Via De Gasperi 3 (NA), in Casalnuovo di Napoli

Codice Fiscale: DFRSVT57T15C495S

Telefono paziente: 0818421663 3341627756

Tutore: Telefono:

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: Sostituzione di articolazione dell'anca

DATI CLINICI:

Disturbi del comportamento	NO	n.d.
Malattie infettive e contagiose in atto	NO	n.d.
Allergie a Farmaci	NO	n.d.

Terapia Farmacologica in atto (tipo e posologia)

Regime Infermieristico (RD1 estensiva)(RD1)

Farmaco: Pantoprazolo cp

Dosaggio: 40 mg

Quantità: Intera

Somministrazione: 6

Data inizio: 31/10/2023

Firma medico: S.Bertogliatti

Note: ore 06.30 1 cp prima di colazione

Farmaco: Lortaan

Dosaggio: 100

Quantità: Intera

Somministrazione: 6

Data inizio: 31/10/2023

Firma medico: S.Bertogliatti

Cartella Clinica RD1 Estensiva

PAZIENTE:

Cognome	DI FIORE	Nome	SALVATORE	Anno di nascita	1957	Cartella clinica n.	2243/2	Letto e stanza	14, 7
---------	----------	------	-----------	-----------------	------	---------------------	--------	----------------	-------

Note: ore 09.00 somministrazione per os

Farmaco: Movicol

Dosaggio: n.d.

Quantità: Intera

Somministrazione: 6

Data inizio: 31/10/2023

Firma medico: S.Bertogliatti

Note: ore 12.00 prima del pasto

Farmaco: Clexane

Dosaggio: 4000

Quantità: Intera

Somministrazione: 6

Data inizio: 30/10/2023

Firma medico: S.Bertogliatti

Note: ore 18.00 somministrazione sottocutanea

Medico: Bertogliatti Sergio

Altre terapie specifiche:

Dialisi	NO	n.d.
Chemioterapia	NO	n.d.
Radioterapia	NO	n.d.
Altro	NO	n.d.
Lesioni da decubito	NO	n.d.
Altre ulcere cutanee	NO	n.d.

Respiro: Autonomo n.d.

Nutrizione: OS n.d.

Apparato urinario: Pannolone

Alvo: Stipsi (trattamento abituale) n.d.

Arteriopatie periferiche: no

Trombosi venose:

Ausili propri: Ortesi/Posiz. Stampelle

PAZIENTE:

Cognome	DI FIORE	Nome	SALVATORE	Anno di nascita	1957	Cartella clinica n.	2243/2	Letto e stanza	14, 7
---------	----------	------	-----------	-----------------	------	---------------------	--------	----------------	-------

Funzionalità motoria

Si muove spontaneamente nel letto

Cambia postura da solo SI

Può mantenere la posizione seduta SI

Può caricare gli arti inferiori

Cammina **Non cammina** **NO**

Usa efficacemente le mani

Recapiti del Direttore Sanitario del Centro: 081 522 7676

Data

Firma Direttore Sanitario/Medico Responsabile

30/10/2023

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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