

PAZIENTE:

Cognome	DE CAPRIO	Nome	ASSUNTA	Anno di nascita	1946	Cartella clinica n.	000700/1
----------------	-----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

PROGETTO RIABILITATIVO

N° PROGRESSIVO:1

1. Diagnosi	Cod. ICD9: 518.81 ; ICD9(#2): Cod. ICD10: J96.0
2. Classe di Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cod. (ICF):
3. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH): Cod. (ICF):
4. Gravità disabilità (tabella C)	Scala: Note:
5. Prognosi (tabella D)	Scala:

OUTCOME GLOBALE:

n.d.

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI:

n.d.

FASI E MODALITÀ INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESISI ATTESI:

Tipologia Trattamento:

Neuromotoria (freq. gg: 3/7)

Durata: 180 giorni, dal 01/12/2022 al 29/05/2023

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE):

regime domiciliare

terapia neuromotoria

frequenza 3/7

durata 180 giorni

Data
31/10/2022



Firma Direttore Sanitario

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

PAZIENTE:

Cognome	DE CAPRIO	Nome	ASSUNTA	Anno di nascita	1946	Cartella clinica n.	000700/1
----------------	-----------	-------------	---------	--------------------------------	------	------------------------------------	-----------------