

PAZIENTE:

Cognome	DE VIVO	Nome	RITA	Anno di nascita	1935	Cartella clinica n.	000923/1
---------	---------	------	------	-----------------	------	---------------------	----------

SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

Valutazione finale di dimissione

MOTIVO:

Scadenza del contratto terapeutico

DIAGNOSI IN INGRESSO:

Vasculopatia cerebrale

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Vasculopatia cerebrale

INFORMAZIONI SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE NECESSITA' ASSISTENZIALE A DOMICILIO

Osservazione finale di dimissione:

Paziente con vasculopatia cerebrale e riduzione delle autonomie nei trasferimenti, ha effettuato trattamento riabilitativo neuromotorio in regime domiciliare su prescrizione dell'ASL di competenza con progressivo miglioramento della compliance al setting. Il programma terapeutico è stato svolto con l'obiettivo di sostenere l'amotilità appendicolare, migliorare le autonomie nei trasferimenti (8 passaggi posturali e funzione deambulatoria), migliorare la tolleranza allo sforzo e prevenire ulteriori disabilità: si è ottenuto un incremento della stabilità posturale della paziente ed il mantenimento di un funzionale profilo prestazionale, il trattamento è stato interrotto per scadenza del contratto terapeutico.

Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza domiciliare:

Si consiglia il monitoraggio della paziente programmando controlli neurologici e del MMG e periodiche valutazioni degli indici ematochimici.

Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:

Si consiglia di monitorare le autonomie nella gestione dei trasferimenti al fine di modulare, eventualmente, l'utilizzo di ausili per la deambulazione.

Note:

n.d.

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 25/02/2023

Direttore Sanitario _____

PAZIENTE:

Cognome	DE VIVO	Nome	RITA	Anno di nascita	1935	Cartella clinica n.	000923/1
----------------	---------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	----------

Firma del paziente (familiare/tutore se minore) _____