

PAZIENTE:

Cognome	MINICHINO	Nome	GIOVANNI	Anno di nascita	1947	Cartella clinica n.	000374/1
---------	-----------	------	----------	-----------------	------	---------------------	----------

## SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

### Valutazione finale di dimissione

MOTIVO:

Scadenza del contratto terapeutico

DIAGNOSI IN INGRESSO:

Mielopatia

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Mielopatia

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

#### *Osservazione finale di dimissione:*

Paziente con diagnosi di mielopatia e ridotta autonomia nei trasferimenti, ha effettuato trattamento riabilitativo neuromotorio in regime domiciliare su prescrizione dell'ASL di competenza, il programma neuromotorio effettuato è stato indirizzato al sostegno della motilità segmentaria, al controllo dell'ipertono muscolare, al sostegno delle autonomie nei passaggi posturali ed al miglioramento dell'assetto posturale in ortostasi ed al sostegno della dinamica deambulatoria. Il paziente ha dimostrato una buona compliance al setting terapeutico, il percorso è stato influenzato dal sintomo dolore al rachide persistente e poco gestibile anche dal punto di vista farmacologico a causa di intolleranza farmacologica per problematiche gastro-intestinali, alla dimissione mantenuta la dinamica deambulatoria seppur con autonomia limitatata, buon controllo del tono muscolare, adeguata la gestione dei passaggi posturali elementari.

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

Si consiglia il monitoraggio funzionale del paziente programmando controlli specialistici periodici e valutazione degli esami ematochimici programmati, si consiglia di riprogrammare percorsi terapeutici riabilitativi.

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

si consiglia il monitoraggio delle autonomie nei trasferimenti al fine di intercettare eventuali necessità di acquisizione di ausili per la deambulazione.

Note:

n.d

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	MINICHINO	<b>Nome</b>	GIOVANNI	<b>Anno di nascita</b>	1947	<b>Cartella clinica n.</b>	000374/1
----------------	-----------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

**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 30/01/2023

Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

Firma del paziente (familiare/tutore se minore) \_\_\_\_\_