

PAZIENTE:

|         |        |      |           |                 |      |                     |        |
|---------|--------|------|-----------|-----------------|------|---------------------|--------|
| Cognome | CAVUTO | Nome | SALVATORE | Anno di nascita | 1965 | Cartella clinica n. | 1831/2 |
|---------|--------|------|-----------|-----------------|------|---------------------|--------|

## SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

### Valutazione finale di dimissione

MOTIVO:

Termine del trattamento

DIAGNOSI IN INGRESSO:

Neuropatia in paziente con postumi di intervento NCH per P.E. cerebrale

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Neuropatia in paziente con postumi di intervento NCH per P.E. cerebrale

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

#### *Osservazione finale di dimissione:*

Paziente con postumi di intervento per exeresi di P.E. cerebrale, ha effettuato trattamento riabilitativo in regime privato ambulatoriale secondo i seguenti obiettivi: controllare il tono muscolare, migliorare la stabilità posturale in stazione eretta, migliorare la coordinazione motoria e sostenere ed acquisire ulteriormente la motilità globale e segmentaria. Al termine del trattamento si evidenzia una migliorata stabilità posturale in stazione eretta, un buon controllo del tono muscolare ed un più funzionale ciclo del passo, permangono turbe della sensibilità superficiale e profonda.

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

Si consiglia di proseguire il percorso riabilitativo neuroromotorio ribadendo la necessità di inserimento in percorso convenzionato in regime di ex art. 26/ legge 11, proseguire il monitoraggio degli esami ematochimici e la programmazione di valutazioni specialistiche neurologiche e fisiatriche.

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

Si consiglia di monitorare il profilo relativo alle autonomie nei trasferimenti per intercettare eventuali necessità di adozione di ausili per la deambulazione al momento dell'admissione non necessari.

**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 03/02/2023

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

**PAZIENTE:**

|                |        |             |           |                        |      |                            |        |
|----------------|--------|-------------|-----------|------------------------|------|----------------------------|--------|
| <b>Cognome</b> | CAVUTO | <b>Nome</b> | SALVATORE | <b>Anno di nascita</b> | 1965 | <b>Cartella clinica n.</b> | 1831/2 |
|----------------|--------|-------------|-----------|------------------------|------|----------------------------|--------|

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