

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	ALLOCCO	<b>Nome</b>	GIOVANNI	<b>Anno di nascita</b>	2017	<b>Cartella clinica n.</b>	000347/1
----------------	---------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

## PROGETTO RIABILITATIVO

**N° PROGRESSIVO: 4**

<b>1. Diagnosi</b>	<b>Cod. ICD9: 299.00 ; ICD9(#2):</b> <b>Cod. ICD10: F84.0</b>
<b>2. Classe di Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)</b>	<b>Cod. (ICIDH):</b> <b>Cod. (ICF):</b>
<b>3. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)</b>	<b>Cod. (ICIDH):</b> <b>Cod. (ICF):</b>
<b>4. Gravità disabilità (tabella C)</b>	<b>Scala:</b> <b>Note:</b>
<b>5. Prognosi (tabella D)</b>	<b>Scala:</b>

### OUTCOME GLOBALE:

n.d.

### OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI:

n.d.

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

**Tipologia Trattamento:**

Logopedia (freq. gg: 3/7)

Psicomotricità (freq. gg: 3/7)

Psicoterapia familiare (freq. gg: 1/15)

**Durata:** 180 giorni, dal 04/03/2023 al 30/08/2023

### POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE):

Regime ambulatoriale

Tipologia psicoterapia fam 1/7

logopedia 3/7

neuropsicomotricità 3/7

Durata 180 giorni

Nota del prescrittore: si autorizza doppio accesso

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	ALLOCCO	<b>Nome</b>	GIOVANNI	<b>Anno di nascita</b>	2017	<b>Cartella clinica n.</b>	000347/1
----------------	---------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

**Data**  
27/02/2023

**Firma Direttore Sanitario**

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