

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	DE VIVO	<b>Nome</b>	RITA	<b>Anno di nascita</b>	1935	<b>Cartella clinica n.</b>	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 NECESSITÀ DI CONTINUITÀ 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 sostener 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:**

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

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