

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Diplegia spastica in nata pretermine, sofferenza perinatale
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	3

OUTCOME GLOBALE

Sostenere il benessere globale	
--------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Favorire la funzione motoria, la coordinazione e lo schema del passo
--

FASI E MODALITA' INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESITI ATTESI:

Tipologia Trattamento:	NM
Frequenza:	
Durata:	

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data		Responsabile del	ASL NA 3 SUD
------	--	------------------	--------------

		progetto	
--	--	----------	--

Torre del Greco,27-07-2022

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base		competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie		Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti		Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali		Area emotiva - affettiva	

SITUAZIONE ATTUALE:

Difficoltà motoria

ELENCO OBIETTIVI

Favorire la funzione motoria, la coordinazione e lo schema del passo
--

METODOLOGIE OPERATIVE:

NM

OPERATORI:

Fisioterapista

MISURE D'ESITO APPLICATE

Valutazione clinica finale

TEMPI DI VERIFICA:

A fine ciclo

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	ASL NA 3 SUD
------	--	---	--	--	--------------

Torre del Greco,27-07-2022

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

4 anni, scuola dell'infanzia.

Nata pretermine alla 29 sett. Peso alla nascita 1430 sofferenza encefalica perinatale. In incubatrice per circa 2 mesi.

RMN a due anni con diagnosi di diplegia spastica da encefalopatia perinatale.

Alla valutazione attuale i passaggi posturali sono attuati in autonomia, deambulazione autonoma con equino valgismo del piede bilaterale.

Va carponi con schema crociato e con minimo appoggio si porta in eretta. La deambulazione è lenta ma efficace. Indossa tutori gamba piede e scarpe di copertura che indossa tutto il giorno. Effettua Botox a Santa Marinella con netta riduzione del tono muscolare agli AI.

Attivo il linguaggio, la relazione, il comportamento. Le competenze intellettive appaiono buone. ROT scarsamente elicitabili, non ipertono nè retrazioni agli adduttori e ischiocrurali.

Continua il lavoro NM impostato per:

Migliorare la coordinazione, lo schema del passo prevenire deformità e retrazioni.

Torre del Greco, 27-07-2022

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 5 - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE:**

Si prende visione della Prescrizione ASL e si elaborano Progetto e Programma abilitativo tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi contenuti nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapeuta: si utilizza il Protocollo K.

Torre del Greco, 27-07-2022

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

In data odierna si effettua la valutazione psicologica del caso clinico in esame.

Sofia presenta diagnosi di Diplegia spastica, nata pretermine con sofferenza perinatale.

Ospedalizzata per due mesi in incubatrice all'età di un mese.

Deambula autonomamente lentamente, presenta difficoltà nell'equilibrio.

Adeguate nelle capacità relazionali, nel linguaggio e nel comportamento.

Si effettua colloquio di sostegno psicologico.

Prosegue il trattamento abilitativo come prescrizione Asl.

Torre del Greco, 27-10-2023

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Diplegia da esiti di sofferenza Ischemica
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica 01
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	01 b720.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	3

OUTCOME GLOBALE

Miglioramento delle autonomie	
-------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e deambulazione

**FASI E MODALITA' INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESITI
ATTESI:**

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	5/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	02-04-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,02-04-2024

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base		competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie		Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti		Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali		Area emotiva - affettiva	

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente con diplegia da esiti di sofferenza ischemica; lievi difficoltà di equilibrio e deambulazione.

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare equilibrio
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
Esecuzione di passaggi posturali
Training del passo

OPERATORI:

TDR

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,02-04-2024

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO INIZIO PROGETTO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata. Affetta da diplegia da esiti di sofferenza ischemica perinatale; buona l'esecuzione dei passaggi posturali e la deambulazione, eseguita in autonomia; piedi atteggiati in equinismo e valgismo (dx>sn); retrazione Tendine d'Achille (dx>sn). Buone le autonomie. Effettua iniezioni periodiche di Tossina Botulinica.

Torre del Greco,02-04-2024

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapeuta.

Torre del Greco,02-04-2024

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

BARTHEL INDEX

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per>45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
Totale (0-100)	75

Torre del Greco,02-04-2024

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 9 - DIMISSIONI**VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI****MOTIVO:**

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESSO DEL PAZIENTE
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# Diplegia da sofferenza ischemica		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Diplegia da sofferenza ischemica		

**INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE
NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

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:		Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,02-04-2024

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di PCI
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	01 b730.1
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.1.1
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	3

OUTCOME GLOBALE

Mantenimento delle autonomie residue	
--------------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare equilibrio e deambulazione

**FASI E MODALITA' INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESITI
ATTESI:**

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	5/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	24-09-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,24-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base		competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie		Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti		Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali		Area emotiva - affettiva	

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente con esiti di PCI; lievi difficoltà nell'equilibrio e nei passaggi posturali

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare equilibrio
Migliorare passaggi posturali

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione e rinforzo
Esecuzione di passaggi posturali
Training del passo

OPERATORI:

TDR

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,24-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO INIZIO PROGETTO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata. Affetta da diplegia da esiti di sofferenza ischemica perinatale; buona l'esecuzione dei passaggi posturali e la deambulazione, eseguita in autonomia; piedi atteggiati in equinismo e valgismo (dx>sn); retrazione Tendine d'Achille (dx>sn). Buone le autonomie. Effettua iniezioni periodiche di Tossina Botulinica.

Torre del Greco, 24-09-2024

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	24-09-2024
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018 (6 anni)	Cartella Clinica n.	7522
Luogo	SALERNO		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	I elementare

Insegnante di sostegno:	SI NO + educatrice
È avvenuta la presa in carico dei servizi sociali?	SI NO

Riferisce di essere titolare di:

Assegno di cura	SI NO
Indennità di frequenza	SI NO
Indennità di accompagnamento	SI NO
Legge 104/92 gravità Handicap Art. Comma	Art. 3 comma 3
Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza	5/7 FKT
Trattamento riabilitativo:	Privato Pubblico
Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con problemi sociali e/o sanitari?	SI NO
Se sì, indicare quali?	

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Morelli	Nome	AnnaRita
Rapporto di parentela	madre		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	3491675818
Condizione professionale	educatrice		
2)Cognome	Dello ioio (padre)	Nome	Romolo
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	
Condizione professionale	impiegato		
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	utente, genitori e fratello di 8 anni.		
I figli presenti nel nucleo hanno assolto o stanno assolvendo l'obbligo formativo?	SI NO		

**Situazione socio-familiare:**

La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?	Parenti Amici Vicini Persone appartenenti ad una associazione di volontariato Nessuno
La famiglia, per l'assistenza della persona disabile fa ricorso o ha fatto ricorso in passato di:	Servizi di assistenza domiciliare (Asl/Comune) Servizi a pagamento (es. babysitter) Riabilitazione privata Nulla Altro (specificare)
Rete sociale della famiglia:	Rete sociale soddisfacente Rete sociale sufficiente Rete sociale insoddisfacente Rete sociale deficitaria: ha la possibilità e non la coglie Non ha possibilità di una rete sociale
Partecipa ad attività ricreative, sportive, culturali e del tempo libero?	SI NO
Elencare quali?	
Partecipa ad attività associative?	SI NO
Elencare quali?	
Bersaglio di discriminazione e/o persecuzione?	Non è bersaglio Lo è molto saltuariamente Lo è frequentemente Lo è molto frequentemente anche con bullismo



Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione Rendita Pensione di reversibilità Altro (specificare)
Quali ausili/presidi utilizza o ha utilizzato in e fuori casa?	Tutore arti inferiori Scarpe ortopediche Sedia a rotelle Altro (specificare)
La persona disabile percepisce uno dei seguenti contributi a sostegno del reddito?	Assegno di cura Indennità di comunicazione Indennità di frequenza Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare)
La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare?	Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Agevolazione Iva al 4% per l'acquisto del veicolo Parcheggio riservato Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Orientamento Altro (specificare)
I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità	Non ha avuto difficoltà Difficoltà di accesso alle informazioni Tempi lunghi per avere la diagnosi Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico Problemi economici Problemi di inserimento nella società Problemi nelle relazioni con amici e parenti Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare)
La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapeuta che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

Osservazioni nel colloquio

In data odierna si effettua colloquio con la madre di Sofia, la quale riferisce autonomie personali in evoluzione migliorativa. Buona la spinta sociale

Adeguate la rete familiare.

Torre del Greco, 24-09-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista.

Torre del Greco, 24-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

BARTHEL INDEX

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per >45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
Totale (0-100)	75

Torre del Greco, 24-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 9 - DIMISSIONI**VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI****MOTIVO:**

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESSO DEL PAZIENTE
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# Esiti di PCI		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Esiti di PCI		

**INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE
NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

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:		Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,24-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di PCI
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	01 b730.1
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.1
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	3

OUTCOME GLOBALE

Mantenimento delle autonomie	
------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare equilibrio e deambulazione

FASI E MODALITA' INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESITI ATTESI:

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	5/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--



Data	31-03-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,31-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base		competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie		Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti		Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali		Area emotiva - affettiva	

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente con diparesi spastica da esiti di PCI; piccole difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Training del passo

OPERATORI:

TDR

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,31-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO INIZIO PROGETTO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da diparesi spastica in esiti di PCI; in trattamento periodico con infiltrazioni di Tossina Botulinica; piedi atteggiati in equinismo e valgismo (dx>sn); retrazione Tendine d'Achille (dx>sn); ridotto trofismo muscolare AAll, buona l'esecuzione di passaggi posturali, la deambulazione e le principali autonomie, effettuate in autonomia e/o con minima supervisione.

Torre del Greco,31-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista.

Torre del Greco,31-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

BARTHEL INDEX

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per >45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
Totale (0-100)	75

Torre del Greco,31-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	DELLO IOIO	Nome	SOFIA
Data di nascita	23-07-2018	Cartella Clinica n.	7522

SEZIONE 9 - DIMISSIONI**VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI****MOTIVO:**

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESSO DEL PAZIENTE
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# Diparesi in esiti di PCI		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Diparesi in esiti di PCI		

**INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE
NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

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:		Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,31-03-2025