

PAZIENTE:

Cognome	PALUMBO	Nome	ANTONIO	Anno di nascita	2009	Cartella clinica n.	000256/1
----------------	---------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

Valutazione finale di dimissione

MOTIVO:

Scadenza del contratto terapeutico.

DIAGNOSI IN INGRESSO:

Disturbo del linguaggio.

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Disturbo del linguaggio.

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

Osservazione finale di dimissione:

Paziente con disturbo del linguaggio, ha effettuato un percorso riabilitativo con trattamento di Logopedia e psicoterapia individuale con l'obiettivo di modulare le difficoltà nell'ambito lessicale, pragmatico ed emotivo-relazionale con adeguata compliance al setting terapeutico. Alla dimissione risulta adeguato all'età cronologica la comprensione del brano, migliorati i parametri di correttezza e velocità in lettura presenta qualche difficoltà in scrittura nei trigrammi. Nel profilo psicologico risulta in evoluzione positiva la capacità di espressione delle emozioni e di gestione delle insicurezze, ridotti gli spunti ansiosi.

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

Si consiglia il monitoraggio di Antonio sotto il profilo degli apprendimenti curricolari e del profilo emotivo-relazionale.

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

Non si ritiene di fornire particolari informazioni in tale ambito.

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 10/02/2023

Direttore Sanitario _____

PAZIENTE:

Cognome	PALUMBO	Nome	ANTONIO	Anno di nascita	2009	Cartella clinica n.	000256/1
----------------	---------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

Firma del paziente (familiare/tutore se minore) _____