

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	AJESE	<b>Nome</b>	AURORA	<b>Anno di nascita</b>	2009	<b>Cartella clinica n.</b>	000242/1
----------------	-------	-------------	--------	------------------------	------	----------------------------	----------

**PROGETTO RIABILITATIVO****N° PROGRESSIVO: 4**

<b>1. Diagnosi</b>	<b>Cod. ICD9: 318.0 ; ICD9(#2):</b> <b>Cod. ICD10: F71</b>
<b>2. Classe di Menomazione (ICIDH)</b> <b>Funzioni e strutture (ICF)</b>	<b>Cod. (ICIDH):</b> <b>Cod. (ICF):</b>
<b>3. Disabilità (ICIDH)</b> <b>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:**

Psicoterapia (freq. gg: 1/7)

**Durata:** 180 giorni, dal 13/02/2023 al 11/08/2023**POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE):**

Regime ambulatoriale

Tipologia psicoterapia fam. 1/7

Psicoterapia ind. 1/7

Terapia occupazionale a piccoli gruppi con accesso di 2 ore - 2/7

Terapia occupazionale conn accesso di 2 ore - 1/7

Durata 180 giorni

Nota del prescrittore : dimissione dal trattamento di logopedia

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	AJESE	<b>Nome</b>	AURORA	<b>Anno di nascita</b>	2009	<b>Cartella clinica n.</b>	000242/1
----------------	-------	-------------	--------	------------------------	------	----------------------------	----------

**Data**

23/01/2023

**Firma Direttore Sanitario**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed Odontoiatri