

PAZIENTE:

| | | | | | | | |
|---------|------|------|------------|-----------------|------|---------------------|--------|
| Cognome | PAPA | Nome | MARIA RITA | Anno di nascita | 1976 | Cartella clinica n. | 1850/1 |
|---------|------|------|------------|-----------------|------|---------------------|--------|

SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

Valutazione finale di dimissione

MOTIVO:

Termine del trattamento fisioterapico.

DIAGNOSI IN INGRESSO:

Lombalgia ed algia in sede glutea sinistra

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Lombalgia ed algia in sede glutea a sinistra

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

Osservazione finale di dimissione:

Paziente con algia a livello gluteo sinistro e lombare , effettuato trattamento fisioterapico con Tecarterapia, al termine del ciclo terapeutico risulta in remissione il dolore radicolare al rachide ed al gluteo sinistro.

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

Si consiglia di monitorare il profilo funzionale della paziente al fine di intercettare eventuali riacutizzazioni flogistiche e programmare i relativi percorsi terapeutici.

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 indicazioni 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 01/02/2023

Direttore Sanitario _____

Firma del paziente (familiare/tutore se minore) _____