

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	CASTELLANO	<b>Nome</b>	MANUEL	<b>Anno di nascita</b>	2014	<b>Cartella clinica n.</b>	000130/1
----------------	------------	-------------	--------	------------------------	------	----------------------------	----------

## PROGETTO RIABILITATIVO

**N° PROGRESSIVO: 3**

<b>1. Diagnosi</b>	<b>Cod. ICD9: 319 ; ICD9(#2):</b> <b>Cod. ICD10: F79</b>
<b>2. Classe di Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)</b>	<b>Cod. (ICIDH):</b> <b>Cod. (ICF):</b>
<b>3. Disabilità (ICIDH) 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:**

Logopedia (freq. gg: 2/7)

Psicomotricità (freq. gg: 3/7)

**Durata:** 180 giorni, dal 19/11/2022 al 13/05/2023

### POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE):

Regime ambulatoriale

Tipologia logopedia 3/7

neuropsicomotricità 3/7

psicoterapia fam 1/7

Durata 180 giorni

**Data**  
26/10/2022



**Firma Direttore Sanitario**

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	CASTELLANO	<b>Nome</b>	MANUEL	<b>Anno di nascita</b>	2014	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>000130/1</b>
----------------	------------	-------------	--------	------------------------	------	----------------------------	-----------------

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio  
#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed Odontoiatri