

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	MANNA	<b>Nome</b>	SALVATORE	<b>Anno di nascita</b>	2013	<b>Cartella clinica n.</b>	000245/1
----------------	-------	-------------	-----------	------------------------	------	----------------------------	----------

## PROGETTO RIABILITATIVO

**N° PROGRESSIVO: 4**

<b>1. Diagnosi</b>	<b>Cod. ICD9: 312.9 ; ICD9(#2): Cod. ICD10: F91.9</b>
<b>2. Classe di Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)</b>	<b>Cod. (ICIDH): Cod. (ICF):</b>
<b>3. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)</b>	<b>Cod. (ICIDH): Cod. (ICF):</b>
<b>4. Gravità disabilità (tabella C)</b>	<b>Scala: 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: 1/7)

Psicoterapia familiare (freq. gg: 1/15)

**Durata:** 180 giorni, dal 11/02/2023 al 09/08/2023

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

Regime ambulatoriale

Tipologia psicoterapia fam. (genitori inclusi) 1/15

logopedia 2/7 - da valutare dimissioni a termine

Si dimette dal trattamento psicomotricistico.

Durata 180 giorni

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	MANNA	<b>Nome</b>	SALVATORE	<b>Anno di nascita</b>	2013	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>000245/1</b>
----------------	-------	-------------	-----------	------------------------	------	----------------------------	-----------------

**Data**  
02/02/2023

**Firma Direttore Sanitario**

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