

PAZIENTE:

| | | | | | | | |
|---------|-------|------|-------|-----------------|------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNA | Nome | LUIGI | Anno di nascita | 2010 | Cartella clinica n. | 000305/1 |
|---------|-------|------|-------|-----------------|------|---------------------|----------|

PROGETTO RIABILITATIVO

N° PROGRESSIVO: 3

| | |
|--|---|
| 1. Diagnosi | Cod. ICD9: 315.9 ; ICD9(#2): Cod. ICD10: F81.9 |
| 2. Classe di Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cod. (ICF): |
| 3. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH): Cod. (ICF): |
| 4. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: Note: |
| 5. Prognosi (tabella D) | Scala: |

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)

Durata: 180 giorni, dal 14/12/2022 al 08/06/2023

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE):

Regime ambulatoriale

Tipologia logopedia 2/7

psicoterapia ind. 1/7

Durata 180 giorni

Data

07/12/2022



Firma Direttore Sanitario

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed

PAZIENTE:

| | | | | | | | |
|----------------|-------|-------------|-------|------------------------|------|----------------------------|----------|
| Cognome | PERNA | Nome | LUIGI | Anno di nascita | 2010 | Cartella clinica n. | 000305/1 |
|----------------|-------|-------------|-------|------------------------|------|----------------------------|----------|

Odontoiatri