

PAZIENTE:

| | | | | | | | |
|----------------|-----------|-------------|------|------------------------|------|----------------------------|----------|
| Cognome | CASERTANO | Nome | ANNA | Anno di nascita | 1935 | Cartella clinica n. | 000958/1 |
|----------------|-----------|-------------|------|------------------------|------|----------------------------|----------|

SEZIONE 10 – RELAZIONE FINALE – SCHEDA DIMISSIONI

Valutazione finale di dimissione

MOTIVO:

Scadenza del contratto terapeutico

DIAGNOSI IN INGRESSO:

Asl : "Vasculopatia cerebrale e parkinsonismo con epilessia secondaria".

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Asl : "Vasculopatia cerebrale e parkinsonismo con epilessia secondaria".

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

Osservazione finale di dimissione:

Paziente con Parkinsonismo ha effettuato trattamento neuromotorio in regime domiciliare su prescrizione ASL con funzionale compliance al setting , gli obiettivi del programma neuromotorio sono stati indirizzati al miglioramento della stabilità posturale in ortostasi,all'incremento delle autonomie nei passaggi posturali ed al sostegno della motilità segmentaria appendicolare e della dinamica deambulatoria.Al termine del trattamento risulta migliorata l'autonomia nei passaggi posturali e la stabilità posturale statica e dinamica i stazione eretta, permane la problematica dolorosa agli AAll in sede distale per cui si è ribadito il consiglio di utilizzare le apposite ortesi visionate.

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 e programmare controlli medici periodici 8MMg , neurologo, fisiatra) e valutazioni degli indici ematochimici.

Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:

Si raccomanda l'uso delle ortesi (calzature correttive) in adozione.

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.

PAZIENTE:

| | | | | | | | |
|----------------|-----------|-------------|------|------------------------|------|----------------------------|----------|
| Cognome | CASERTANO | Nome | ANNA | Anno di nascita | 1935 | Cartella clinica n. | 000958/1 |
|----------------|-----------|-------------|------|------------------------|------|----------------------------|----------|

Firma del paziente (familiare/tutore se minore) _____