

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Distretto Socio Sanitario Uno

Ambito Territoriale

Comune di Molfetta - Comune di Giovinazzo

Assistenza in Centro diurno socio-educativo e riabilitativo (R. R. n.4/2007 art.60)

Piano di Assistenza Individuale (PAI)

Seduta dell'U.V.M. n..... del

Utente..... nato/a..... Provincia..... il.....

Residente a Via..... n°..... tel.

Cittadinanza Stato estero C.F.

Problemi socio-sanitari attuali

Patologia prevalente _____

Patologia concomitante _____

Sulla base della valutazione dei bisogni educativi e riabilitativi nelle diverse aree funzionali rilevati dall'osservazione diretta dell'utente, dal colloquio con lo stesso e/o con i suoi familiari e dalla valutazione funzionale, è stato elaborato il programma educativo-riabilitativo personalizzato che segue.

GRADO DI NON AUTOSSUFFICIENZA	
<input type="checkbox"/>	Parzialmente autosufficiente
<input type="checkbox"/>	Gravemente non autosufficiente
<input type="checkbox"/>	Totalmente non autosufficiente
TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	
<input type="checkbox"/>	Assistenza Medica
<input type="checkbox"/>	Assistenza Medico-Specialistica
<input type="checkbox"/>	Assistenza Infermieristica
<input type="checkbox"/>	Trattamento Fisioterapico
<input type="checkbox"/>	Assistenza Psicologica
<input type="checkbox"/>	Aiuto alla persona
<input type="checkbox"/>	Sostegno alla mobilità personale
<input type="checkbox"/>	Altro:
DURATA E FREQUENZA SETTIMANALE DEGLI ACCESSI	
<input type="checkbox"/>	Durata del periodo di accesso: mesi (n. giorni).
<input type="checkbox"/>	Numero settimanale degli accessi
OBIETTIVI DI CURA	
<input type="checkbox"/>	Miglioramento della qualità di vita
<input type="checkbox"/>	Tutela della dignità ed autonomia del paziente
<input type="checkbox"/>	Sostegno del nucleo familiare
<input type="checkbox"/>	Educazione e supporto del caregiver
<input type="checkbox"/>	Miglioramento della deambulazione autonoma
<input type="checkbox"/>	Riduzione disturbi psichici e comportamentali
<input type="checkbox"/>	Miglioramento orientamento nella realtà
<input type="checkbox"/>	Accrescimento della mobilità-trasferimenti
<input type="checkbox"/>	Miglioramento della funzionalità globale
<input type="checkbox"/>	Miglioramento stato cognitivo-percettivo
<input type="checkbox"/>	Potenziamento del tono-forza-trofismo muscolare
<input type="checkbox"/>	Miglioramento capacità relazionali e socio-ambientali
<input type="checkbox"/>	Altro:
AREE DEI BISOGNI E DEGLI INTERVENTI EDUCATIVO-RIABILITATIVI	
Funzioni e abilità oggetto di attenzione e di intervento educativo-riabilitativo	
<input type="checkbox"/>	Percezione sensoriale uditiva
<input type="checkbox"/>	Percezione sensoriale olfattiva
<input type="checkbox"/>	Percezione sensoriale tattile
<input type="checkbox"/>	Percezione sensoriale visiva
<input type="checkbox"/>	Abilità grosso motorie
<input type="checkbox"/>	Abilità fino-motorie
<input type="checkbox"/>	Mobilità
<input type="checkbox"/>	Abilità cognitive
<input type="checkbox"/>	Coscienza di sé
<input type="checkbox"/>	Comunicazione
<input type="checkbox"/>	Abilità sociali
<input type="checkbox"/>	Altro:

Direttore del DSS Uno

MMG/PLS

Medico Specialista

Familiare di riferimento

Firma

Timbro e Firma

Firma

Firma (per presa visione)