REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE ….
Distretto Socio Sanitario …..
Ambito territoriale …….
Comune di ……

Allegato 3f

PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE (PAI)

Paziente in: ❒ Cure ambulatoriali ❒ Cure Domiciliari ❒ Cure residenziali/semiresidenziali

Care Management delle patologie croniche

Paziente				Nato il		
Cod. Fisc.	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/	età		sesso	M	F
Residenza	Comune…… Via…….……			Tel. …… …….……		
MMG/PLS	Dr			Tel. ……		

Team delle cure	Data	Scadenza PAI
Presa in carico		
Rivalutazione		

Diagnosi d'ingresso:	PROVENIENZA PAZIENTE
Patologia prevalente (codice ICD9-CM) _____ Patologie concomitante (codice ICD9-CM) _____	❒ Domicilio ❒ Struttura: (specificare) _____

B.M.I.*_____ Circonferenza Vita* _____ P. A.*_____

RCV (Carta del Rischio Italiana) _____%

Esame del piede_____(Pz diabetici)

VEMS*_____ (Pz con BPCO) VEMS/CVF*_____(Pz con BPCO)

F.E.*_____(Pz con scompenso cardiaco)

(*) ultima misurazione

Terapia farmacologica in corso

_____ ____ _____

_____ _____

_____ _____

Intolleranze/allergie a farmaci_____

Obiettivi di salute

O Miglioramento della qualità di vita
O Miglioramento/controllo delle condizioni cliniche
O Prevenzione delle cadute
O Miglioramento/mantenimento dell'attività motoria
O Recupero funzionalità articolare
O Recupero/mantenimento mobilità-trasferimenti
O Miglioramento stato cognitivo-percettivo
O Miglioramento orientamento nella realtà
O Miglioramento/mantenimento dello stato funzionale globale
O Prevenzione/trattamento delle lesioni da decubito
O Prevenzione della sindrome da immobilizzazione
O Recupero tono-forza-trofismo muscolare
O Recupero postura seduta e/o eretta
O Recupero/mantenimento deambulazione
O Miglioramento/contenzione disturbi psichici e comportamentali
O Miglioramento capacità relazionali e contatto socio-ambientale
O Altro_____

O Favorire l' Autogestione della malattia (Indicare le priorità su cui si intende lavorare):

Quando e come ricorrere al consulto medico		❑
Conoscenza della malattia		❑
Compliance alla terapia		❑
Esami e visite raccomandati		❑
Controllo della malattia		❑
Modificare gli stili di vita	Alimentazione	❑
	Peso	❑
	Attività fisica	❑
	Fumo	❑
Identificare punti di forza e ostacoli		❑
Follow up		❑

Misure comportamentali adottate

	Obiettivi fissati	*data di Verifica dell'obiettivo*
Alimentazione		
Attività fisica		
Fumo		
Alcool		

Interventi per Care Management

Equipe di cura		Prestazioni	Frequenza		Durata	Struttura erogante
			g/sett	g/mese		
• MMG						
• PLS						
Specialista	○ Oncologo					
	○ Cardiologo					
	○ Pneumologo					
	○ Oculista					
	○ Diabetologo ○ Neurologo					
	○ Altro …..					
• Medico esperto cure palliative						
• Controlli specialistici e indagini diagnostiche programmate		○ Rx torace ○ Spirometria ○ emogasanalisi ○ Pulsossimetria ○ ECG ○ Ecocardiogramma/F.E. ○ Fundus oculi ○ Esami ematochimici ○ Altro ……				
• Infermiere Care Manager		○ Parametri funzionali (BMI- Circ. vita – P.A. – F.C.)				
		○ Glicemia con stick (pz diabetici)				
		○ Controllo piede (pz diabetici)				
		○ Coaching diretto				
		○ Coaching telefonico				
		○ Altro……..				

EQUIPE Di CURA		
Care Manager		Tel.
MMG		Tel.
Specialista		Tel.
Specialista		Tel.
Altro		Tel.

ULTERIORI INTERVENTI	
❒	Segnalazione del caso al Servizio 118 per le eventuali chiamate in urgenza ed emergenza;
❒	Segnalazione del caso alla Continuità Assistenziale (Guardia Medica) sede di _____ per eventuali richieste di intervento in continuità assistenziale con il medico di Medicina Generale.
❒	Segnalazione dell'abitazione all'ENEL per la protezione della rete elettrica in caso di interruzione di fornitura di energia a cura dell'intestatario del contratto;
❒	Assegno di cura
❒	Valutazione requisiti impiantistici finalizzata alla installazione delle apparecchiature elettromedicali
❒	Attivazione servizio prelievo ROT
❒	Altro _____

Note _____

VALUTAZIONE DEI RISULTATI		
Rivalutazione	Motivo	❒ scadenza del periodo previsto
		❒ variazione nelle condizioni del paziente
	Conferma Precedente	❒ Si
		❒ No
	Modificato	❒ Si
		❒ No
Conclusione	Data	
	Motivazione	❒ Completamento del programma assistenziale
		❒ Ricoveri in ospedale
		❒ Decesso a domicilio
		❒ Decesso in ospedale
		❒ Trasferimento in Hospice
		❒ Decesso in Hospice
		❒ Trasferimento in altra tipologia di cure domiciliari
		❒ Cambio residenza
		❒ Cambio medico
		❒ Volontà dell'utente
		❒ Chiusura amministrativa (in assenza di sospensione, qualora non vi siano prestazioni per 6 mesi)
		❒ Altro