

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Distretto Socio Sanitario Uno

Ambito Territoriale Comuni di Giovinazzo-Molfetta

Piano di Assistenza Individuale (PAI)

Seduta della U.V.M. n. del

Assistenza Semiresidenziale

Centro diurno per il supporto cognitivo e comportamentale ai soggetti affetti da demenza

(R. R. n.4/2007 e smi art.60 ter)

..... di (BA)

Utente nato/a Prov. il

Residente a Prov. Via n° tel.

Cittadinanza Stato estero C.F.

Problemi socio-sanitari attuali

Patologia prevalente

Patologia concomitante

Sulla base della valutazione/rivalutazione della complessità dei bisogni socio - riabilitativi nelle diverse aree funzionali, rilevati dalla documentazione agli atti, è stato elaborato collegialmente il programma personalizzato che segue.

<input type="checkbox"/> VALUTAZIONE 1° INGRESSO	<input type="checkbox"/> RIVALUTAZIONE PROROGA
GRADO DI COMPROMISSIONE DELLE AUTONOMIE FUNZIONALI	
<input type="checkbox"/> Lieve compromissione delle autonomie funzionali	
<input type="checkbox"/> Moderata compromissione delle autonomie funzionali	
TIPOLOGIA DI ASSISTENZA E PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA'	
<input type="checkbox"/> Assistenza Medico-Specialistica	<input type="checkbox"/> Attività riabilitativa (stimolazione e riattivazione cognitiva)
<input type="checkbox"/> Assistenza Psicologica	<input type="checkbox"/> Attività di socializzazione ed animazione
<input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica	<input type="checkbox"/> Attività educative indirizzate all'autonomia
<input type="checkbox"/> Assistenza alla persona	<input type="checkbox"/> Attività espressive, psico-motorie e ludiche
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"/> Controllare / contenere il decadimento cognitivo
<input type="checkbox"/> Sostegno / sollievo al nucleo familiare	<input type="checkbox"/> Mantenimento della funzionalità globale
<input type="checkbox"/> Supporto al care giver	<input type="checkbox"/> Miglioramento orientamento nella realtà
<input type="checkbox"/> Recupero / mantenimento dei livelli di autonomia	<input type="checkbox"/> Mantenimento delle capacità relazionali
<input type="checkbox"/> Contenimento dei disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/> Mantenimento delle capacità socio-ambientali
<input type="checkbox"/> Favorire la permanenza del soggetto nel normale contesto socio-relazionale familiare	<input type="checkbox"/> Altro
BISOGNI OGGETTO DI ATTENZIONE E SUPPORTO	AREE DEGLI INTERVENTI SOCIO - RIABILITATIVI
<input type="checkbox"/> Cura e assistenza alla persona	<input type="checkbox"/> Area della coscienza di sé
<input type="checkbox"/> Stimolazione emozionale	<input type="checkbox"/> Area emozionale
<input type="checkbox"/> Stimolazione / riattivazione cognitiva	<input type="checkbox"/> Area cognitiva
<input type="checkbox"/> Stimolazione sensoriale	<input type="checkbox"/> Area della comunicazione
<input type="checkbox"/> Attività di terapia occupazionale	<input type="checkbox"/> Area della relazione interpersonale
<input type="checkbox"/> Attività di socializzazione, ludiche e ricreative	<input type="checkbox"/> Area delle abilità sociali
VALUTAZIONI	
<input type="checkbox"/> Valutazione intermedia programmata per il	
<input type="checkbox"/> Valutazione finale programmata per il	

Resp. Integrazione S.S.

MMG/PLS

Medico Specialista

Familiare di riferimento

Firma

Timbro e Firma

Firma

Firma (per presa visione)