

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Distretto Socio Sanitario Uno

Ambito Territoriale
Comune di Giovinazzo - Comune di Molfetta

Piano di Assistenza Individuale (PAI)

Seduta della U.V.M. n. del

Assistenza Semiresidenziale

Centro Diurno Socio-Educativo e Riabilitativo per disabili (R. R. n.4/2007 art. 60)

..... 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-educativi e riabilitativi nelle diverse aree funzionali rilevati dalla documentazione agli atti, è stato elaborato collegialmente il programma socio-educativo e riabilitativo personalizzato che segue.

<input type="checkbox"/> VALUTAZIONE 1° INGRESSO	<input type="checkbox"/> RIVALUTAZIONE PROROGA
GRADO DI COMPROMISSIONE DELLE AUTONOMIE FUNZIONALI	
<input type="checkbox"/> Ridotta compromissione delle autonomie funzionali	
<input type="checkbox"/> Notevole compromissione delle autonomie funzionali	
TIPOLOGIA DI ASSISTENZA E PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA'	
<input type="checkbox"/> Assistenza Medico-Specialistica	<input type="checkbox"/> Attività di socializzazione ed animazione
<input type="checkbox"/> Assistenza Psicologica	<input type="checkbox"/> Attività educative indirizzate all'autonomia
<input type="checkbox"/> Assistenza alla persona	<input type="checkbox"/> Attività espressive, psico-motorie e ludiche
<input type="checkbox"/> Prestazioni e trattamenti riabilitativi	<input type="checkbox"/> Attività culturali e di formazione
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"/> Sostegno/sollievo al nucleo familiare	<input type="checkbox"/> Accrescimento della mobilità-trasferimenti
<input type="checkbox"/> Educazione e supporto del caregiver	<input type="checkbox"/> Miglioramento della funzionalità globale
<input type="checkbox"/> Miglioramento della qualità di vita	<input type="checkbox"/> Miglioramento stato cognitivo-percettivo
<input type="checkbox"/> Recupero/mantenimento dei livelli di autonomia	<input type="checkbox"/> Potenziamento del tono-forza-trofismo muscolare
<input type="checkbox"/> Miglioramento della deambulazione autonoma	<input type="checkbox"/> Miglioramento capacità relazionali e socio-ambientali
<input type="checkbox"/> Riduzione/contenimento dei disturbi psichici e comportamentali	<input type="checkbox"/> Favorire la permanenza del soggetto nel normale contesto socio-relazionale familiare
<input type="checkbox"/> Miglioramento orientamento nella realtà	<input type="checkbox"/> Altro
AREE DEI BISOGNI E DEGLI INTERVENTI SOCIO-EDUCATIVO E RIABILITATIVI	
<small>Funzioni e abilità oggetto di attenzione e di intervento socio-educativo e riabilitativo</small>	
<input type="checkbox"/> Percezione sensoriale uditiva	<input type="checkbox"/> Mobilità
<input type="checkbox"/> Percezione sensoriale olfattiva	<input type="checkbox"/> Abilità cognitive
<input type="checkbox"/> Percezione sensoriale tattile	<input type="checkbox"/> Coscienza di sé
<input type="checkbox"/> Percezione sensoriale visiva	<input type="checkbox"/> Comunicazione
<input type="checkbox"/> Abilità grosso motorie	<input type="checkbox"/> Abilità sociali
<input type="checkbox"/> Abilità fino-motorie	<input type="checkbox"/> Altro
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)