



**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (P.A.I.)
CENTRO DIURNO ANZIANI**

PARTE A - ANAMNESI

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Stato civile _____ Telefono _____

Residente a _____ via/p.zza _____

Medico curante _____ Telefono _____

Data di presentazione domanda _____

Data presa in carico _____

Familiari di riferimento

_____ Tel. _____

_____ Tel. _____

_____ Tel. _____

Vive con:

- solo
- coniuge
- figlio/a
- fratello/sorella
- altri (specificare).....

NOME E COGNOME

GRADO DI PARENTELA

ATTIVITA' SVOLTA

RAPPORTI CON I FAMILIARI

SITUAZIONE DI INGRESSO

Grado d'autonomia personale:

- completo
- parziale
- scarso
- nullo

Deambulazione:

- da solo
- con appoggio tipo di ausilio.....
- costretto seduto tipo di ausilio.....

Capacità d'orientamento:

- completamente orientato
- parzialmente disorientato
- totalmente confuso

Capacità di critica, giudizio, memoria:

- normale
- parzialmente compromesse
- deterioramento psichico completo

Umore, affettività, emotività, corso del pensiero:

- normale
- risposte affettive ridotte o non sempre appropriate
- allucinazioni e deliri

NOTE

Igiene personale/cura della persona :

- a) autosufficiente
 parzialmente autosufficiente
 scarsamente autosufficiente
 nullo

- b) continente
 incontinenza saltuaria
 incontinenza totale
 presenza catetere

- c) vestirsi / svestirsi
 lavarsi
 pettinarsi
 cura dell'aspetto

Alimentazione:

a) Appetito:

- abbondante
- regolare
- scarso

b) Nutrizione:

- mangia da solo
- necessità d'aiuto
- deve essere imboccato

STATO DI SALUTE (da scheda valutazione medica)

Disturbi presentati:

- cecità
- sordità
- reumatismi - artrosi
- problemi respiratori
- di tipo motorio
- di tipo cardiaco

- circolari - sclerotici
- demenza.....
- urinari
-

Modalità assunzione farmaci

- assume farmaci da solo
- ha bisogno di supervisione nell'uso dei farmaci
- non è responsabile nell'uso dei farmaci
- attivazione SID

NOTE:

CAPACITA' FISICO-COGNITIVE

- VISTA
- UDITO
- ORIENTAMENTO SPAZIALE
- ORIENTAMENTO TEMPORALE
- MEMORIA
- ATTENZIONE
- MIMICA
- ASPETTO
- LINGUAGGIO

PERSONALITA'

- FRAGILE
- EGOCENTRICA
- PASSIVA
- RIDUZIONE INTERESSI
- RIFUGIO NEL PASSATO
- DIFFICOLTA' DI COMPrensIONE
- IRRITABILITA' E IMPAZIENZA
- ANSIA

NOTE

ASSISTENTE SOCIALE _____

RESPONSABILE ATTIVITA' ASSISTENZIALE _____

ALTRO OPERATORE (MMG, IP, FKT ...) _____

UTENTE/FAMILIARE _____

Data _____

PARTE B - PROGETTO DI FREQUENZA

Tipologia di frequenza individuata

Full time

Part time

Per i seguenti giorni della settimana: _____

Sabato: SI NO

Nella giornata:

tutto il giorno

solo mattino

solo pomeriggio

parziale utilizzo (indicare orari): _____

Valutazione necessità trasporto SI

NO

Fruizione del pasto SI

NO

Altre prestazioni assistenziali

Indicazioni di collaborazione ai familiari

Altri servizi territoriali attivi: Assistenza Domiciliare

Taxi Sociale

Altro.....

Tempi di verifica

Indicatori di verifica

ASSISTENTE SOCIALE _____

RESPONSABILE ATTIVITA' ASSISTENZIALE _____

ALTRO OPERATORE (MMG, IP, FKT ...) _____

UTENTE/FAMILIARE _____

Data _____

ALLEGATI:

- Piano terapeutico MMG
- Altro _____

SCHEDA AGGIORNAMENTO E VERIFICA PROGETTO

Verifica n. _____

DATA: _____

COGNOME : _____

NOME: _____

VERIFICA OBIETTIVO:

RUOLI E FIGURE PRESENTI

RI-PIANIFICAZIONE PROGETTO

TEMPI - INDICATORI DI VERIFICA

ASSISTENTE SOCIALE _____

RESPONSABILE ATTIVITA' ASSISTENZIALE _____