



PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE DOMICILIARE (PAI)

Referente del caso:

Comune di riferimento: _____

Progetto elaborato in data: _____

QUADRO Socio-Assistenziale

del Sig./Sig.ra _____

che proviene da:

- domicilio
- semi-residenzialità
- residenzialità
- casa di cura
- ospedale
- altro

e che è stato/a reso/a partecipe della decisione? sì no, perché

L'anziano vive con (specificare)

Il/i convivente/i è in grado di prendersi cura della:

PERSONA	totalmente <input type="radio"/>	parzialmente <input type="radio"/>	per nulla <input type="radio"/>
ABITAZIONE	totalmente <input type="radio"/>	parzialmente <input type="radio"/>	per nulla <input type="radio"/>

Presenza rete parentale/amicale Sì No



Chi	eventuale grado di parentela

Disponibilità della rete parentale/amicale non convivente

Ospitalità per brevi periodi	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Assistenza ai pasti	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Pranzo <input type="radio"/>	Cena <input type="radio"/>
Accompagnamento a visite	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Aiuto nella deambulazione	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Aiuto nell'igiene personale	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Aiuto nell'igiene ambientale	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Aiuto nella somministrazione dei farmaci	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Aiuto per acquisti	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Disbrigo pratiche	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Altro	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

Ulteriori risorse sociali attivabili

Amici	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Vicinato	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Volontariato	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Nessuna	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Altro	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

Abitudini della persona (es. orari sonno veglia, pasti....)

Interessi/hobbies

Grado di istruzione

Attività lavorativa svolta

- Deficit sensoriali Visivi Uditi
- Usa presidi Sì No

Tipo di presidio	
Letto articolato	<input type="checkbox"/>
Sponde	<input type="checkbox"/>
Trapezio	<input type="checkbox"/>
Materasso antidecubito	<input type="checkbox"/>
Cuscino antidecubito	<input type="checkbox"/>
Carrozzina	<input type="checkbox"/>
Comoda per wc	<input type="checkbox"/>
Girello / Deambulatore	<input type="checkbox"/>
Sollevatore	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>

- Usa ausili per incontinenza Sì No
Quali _____
- Usa ausili per la sicurezza Sì No
Quali _____

Ridefinizione del/i problema/i in termini operativi:

Obiettivo/i:



Tempi di realizzazione:

Monitoraggio:

- periodicità di rivalutazione aspetti sociali _____
a cura di _____
- periodicità di rivalutazione aspetti sanitari _____
a cura di _____

Figure che intervengono

Figura	Compiti/attività	
Operatore Socio-Sanitario	Aiuto nell'assunzione dei farmaci o dei medicinali	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nell'igiene personale (quotidiana)	<input type="checkbox"/>
	Aiuto per il bagno/doccia	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nel vestirsi	<input type="checkbox"/>
	Preparazione pasti	<input type="checkbox"/>
	Somministrazione pasti	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nella deambulazione	<input type="checkbox"/>
	Accompagnamenti	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nell'igiene ambientale	<input type="checkbox"/>
	Aiuto negli acquisti	<input type="checkbox"/>
	Disbrigo pratiche	<input type="checkbox"/>
	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>
Assistente familiare	Aiuto nell'assunzione dei farmaci o dei medicinali	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nell'igiene personale (quotidiana)	<input type="checkbox"/>
	Aiuto per il bagno/doccia	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nel vestirsi	<input type="checkbox"/>
	Preparazione pasti	<input type="checkbox"/>
	Somministrazione pasti	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nella deambulazione	<input type="checkbox"/>
	Accompagnamenti	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nell'igiene ambientale	<input type="checkbox"/>
	Aiuto negli acquisti	<input type="checkbox"/>
	Disbrigo pratiche	<input type="checkbox"/>
	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>
Infermiere	Sorveglianza infermieristica	<input type="checkbox"/>
	Counseling ed interventi educativi	<input type="checkbox"/>
	Prelievi ematici	<input type="checkbox"/>
	Sostituzione catetere	<input type="checkbox"/>
	Medicazioni	<input type="checkbox"/>
	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>
Fisioterapista	Nursing riabilitativo	<input type="checkbox"/>
	Trattamento	<input type="checkbox"/>
	Mobilizzazione	<input type="checkbox"/>
	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>
Medico Medicina Generale	Visita periodica	<input type="checkbox"/> accesso settimanale
		<input type="checkbox"/> accesso quindicinale
		<input type="checkbox"/> accesso mensile
		<input type="checkbox"/> altro
Caregiver di tipo formale (es. affidatario)		<input type="checkbox"/>



Note

Luogo e data:
Firma del Referente del Piano Assistenziale Individuale (PAI):
Firme delle figure professionalmente coinvolte nella predisposizione del PAI:

Per accettazione (interessato / Tutore / Amministratore di Sostegno)

.....



SCHEDA SINTESI DI MONITORAGGIO

Data del monitoraggio: _____

Osservazione sull'andamento _____

Risultati conseguiti _____

Eventuale ridefinizione degli obiettivi, delle figure professionali coinvolte e dei loro compiti _____

Data prossimo monitoraggio _____

Firma del referente del Piano Assistenziale Individuale:

