

P.A.I - PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

Data compilazione _____

Cognome e nome _____

Nato a: _____ il _____

proveniente da:

- domicilio
- semiresidenzialità
- residenzialità
- casa di cura
- ospedale
- altro (specificare) _____

È stato/a reso/a partecipe della decisione? sì no, perché

Disponibilità della rete parentale/amicale:

- ospitalità per brevi rientri a casa
(specificare chi) _____
- accompagnamento a visite
(specificare chi) _____
- accompagnamento ad attività ricreative o presenza in struttura
(specificare chi) _____
- altro
(specificare chi) _____

RISORSE ATTIVABILI

- amici (specificare) _____
- vicinato (specificare) _____
- volontariato (specificare) _____
- altro _____
- nessuna

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

Interessi/hobbies _____

Grado di istruzione _____

Attività lavorativa svolta _____

Allergie

| | |
|----|--|
| SI | |
|----|--|

| | |
|----|--|
| NO | |
|----|--|

A farmaci (quali) _____

Alimentari _____

Intolleranze

| | |
|----|--|
| SI | |
|----|--|

| | |
|----|--|
| NO | |
|----|--|

Quali _____

Problemi intestinali

| | |
|----|--|
| SI | |
|----|--|

| | |
|----|--|
| NO | |
|----|--|

Quali _____

Uso di lassativi

| | |
|----|--|
| SI | |
|----|--|

| | |
|----|--|
| NO | |
|----|--|

Quali _____

Deficit sensoriali

| | |
|--------|--|
| Visiti | |
|--------|--|

| | |
|---------|--|
| Uditivi | |
|---------|--|

OSSERVAZIONI NELLA PRIMA SETTIMANA DI ASSISTENZA DOMICILIARE

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> gli piace e ha bisogno di sentire altre persone vicine | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> va d'accordo con la maggioranza delle persone | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> ha rapporti privilegiati con un operatore | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> non ha rapporti privilegiati | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> sta volentieri da solo/a | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> partecipa alle attività proposte | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Altro _____

Rischio di cadute per _____

Difficoltà nel provvedere all'igiene personale a causa di _____

Difficoltà nel provvedere all'igiene personale a causa di _____

Difficoltà a vestirsi autonomamente a causa di _____

Difficoltà nell'assunzione dei cibi a causa di _____

Difficoltà nell'assunzione di liquidi a causa di _____

Difficoltà nella comunicazione a causa di _____

Disturbi del sonno a causa di _____

Disturbi comportamentali a causa di _____

Note

Firma del Referente del caso:

Firme delle figure professionalmente coinvolte nella predisposizione del PAI:

OSS

Infermiere

Fisioterapista

Medico

Animazione

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

AREA SANITARIA

| 1 - ELIMINAZIONE | | | | |
|---|--------------------|-----------|------------|--------------------------------|
| | Situazione attuale | Obiettivo | Intervento | Figure professionali coinvolte |
| Usa i servizi in completa autonomia* | | | | |
| Necessita di aiuto nell'uso dei servizi igienici, ma recepisce correttamente gli stimoli* | | | | |
| Incontinenza urinaria | | | | |
| Incontinenza fecale | | | | |
| Doppia incontinenza sfinterica ed uso costante di ausili | | | | |

| 2 - STATO DELLA CUTE | | | | |
|----------------------------|--------------------|-----------|------------|--------------------------------|
| | Situazione attuale | Obiettivo | Intervento | Figure professionali coinvolte |
| Integro | | | | |
| Presenza di ulcere cutanee | | | | |

| 3 - AGITAZIONE PSICO-MOTORIA | | | | |
|---|--------------------|-----------|------------|--------------------------------|
| | Situazione attuale | Obiettivo | Intervento | Figure professionali coinvolte |
| Assente | | | | |
| Episodica | | | | |
| Presente di giorno e di notte | | | | |
| Presente solo di giorno | | | | |
| Presente solo di notte | | | | |
| Momenti particolarmente critici (specificare quando, es. prima/dopo pranzo, il tramonto...) | | | | |
| Con aggressività | | | | |

| 4 - ORIENTAMENTO | | | | |
|------------------------------------|--------------------|-----------|------------|--------------------------------|
| | Situazione attuale | Obiettivo | Intervento | Figure professionali coinvolte |
| Orientato nel tempo e nello spazio | | | | |
| Saltuariamente non orientato | | | | |
| Orientato in struttura | | | | |
| Non orientato nel tempo | | | | |
| Non orientato nello spazio | | | | |
| Disorientato | | | | |
| Non valutabile | | | | |

AREA ASSISTENZIALE

| 5 - ALIMENTARSI | | | | |
|-------------------------------------|--------------------|-----------|------------|--------------------------------|
| | Situazione attuale | Obiettivo | Intervento | Figure professionali coinvolte |
| Senza aiuto | | | | |
| Con supervisione | | | | |
| Deve essere imboccato | | | | |
| Nutrizione enterale e/o parenterale | | | | |
| Necessita diete particolari | | | | |
| PESO CORPOREO | Kg. | | | |

| 6 - LAVARSI | | | | |
|---|--------------------|-----------|------------|--------------------------------|
| | Situazione attuale | Obiettivo | Intervento | Figure professionali coinvolte |
| Autonomo (ad eccezione del bagno) | | | | |
| Si lava mani e viso autonomamente | | | | |
| Supervisione costante nel lavarsi | | | | |
| Non è in grado di lavarsi autonomamente | | | | |

| 7 - VESTIRSI | | | | |
|---------------------------------|--------------------|-----------|------------|--------------------------------|
| | Situazione attuale | Obiettivo | Intervento | Figure professionali coinvolte |
| Autonomo | | | | |
| Possibile solo con supervisione | | | | |
| Incapace di vestirsi | | | | |

AREA RELAZIONALE

| 8 - COMUNICAZIONE | | | | |
|--|--------------------|-----------|------------|--------------------------------|
| | Situazione attuale | Obiettivo | Intervento | Figure professionali coinvolte |
| Sempre chiara , libera e comprensibile | | | | |
| Riesce ad esprimere i propri bisogni, ma non comprende ordini verbali semplici | | | | |
| Non riesce ad esprimere i propri bisogni, ma comprende ordini verbali semplici | | | | |
| Non è in grado di comprendere informazioni verbali semplici e non può indicare i propri bisogni, conserva il minimo di capacità espressiva | | | | |
| Non è in grado di comprendere informazioni verbali semplici e non può indicare i propri bisogni, non conserva il minimo di capacità espressiva | | | | |

AREA RIABILITATIVA

| 9 - MOBILITÀ | | | | |
|--|--------------------|-----------|------------|--------------------------------|
| | Situazione attuale | Obiettivo | Intervento | Figure professionali coinvolte |
| Autonomia totale | | | | |
| Uso autonomo di ausilio o carrozzina | | | | |
| Cammina con aiuto e/o sotto supervisione | | | | |
| Obbligo letto e/o carrozzina | | | | |
| Ausili di contenzione SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Quali? | | | | |

REVISIONI

AREA SANITARIA

| Data | Problemi | Obiettivi | Interventi | Tempi/ Operatori |
|------|----------|-----------|------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

AREA ASSISTENZIALE

| Data | Problemi | Obiettivi | Interventi | Tempi/ Operatori |
|------|----------|-----------|------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

AREA RIABILITATIVA

| Data | Problemi | Obiettivi | Interventi | Tempi/ Operatori |
|-------------|-----------------|------------------|-------------------|-----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

AREA RELAZIONALE

| Data | Problemi | Obiettivi | Interventi | Tempi/ Operatori |
|-------------|-----------------|------------------|-------------------|-----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ESITO REVISIONE MENSILE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> gli piace e ha bisogno di sentire altre persone vicine | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> va d'accordo con la maggioranza delle persone | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> ha rapporti privilegiati con un operatore | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> non ha rapporti privilegiati | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> sta volentieri da solo/a | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> partecipa alle attività proposte | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Altro _____

Rischio di cadute per _____

Difficoltà nel provvedere all'igiene personale a causa di _____

Difficoltà nel provvedere all'igiene personale a causa di _____

Difficoltà a vestirsi autonomamente a causa di _____

Difficoltà nell'assunzione dei cibi a causa di _____

Difficoltà nell'assunzione di liquidi a causa di _____

Difficoltà nella comunicazione a causa di _____

Disturbi del sonno a causa di _____

Disturbi comportamentali a causa di _____

Note