

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