	PROCEDURA		AII.08 C04 CARTELLA ASSISTENZIALE SDN- PAI -Ed.prima-Rev.01	
	Codice CLIENTE 04		Emissione:	13-05-24
	CARTELLA ASSISTENZIALE SDN - PAI		Pagina 1 di 8	

Allegato 08 CARTELLA ASSISTENZIALE SDN - PAI

DATI ANAGRAFICI DELL'OSPITE/CLIENTE

<i>Cognome</i>				<i>Nome</i>			
<i>Nato/a a</i>				<i>Data di nascita</i>			
<i>Residente a</i>				<i>Domiciliato a</i>			
<i>Servizio</i>	SDN	<i>Codice</i>		<i>Inizio Servizio</i>			
<i>Stesura PAI -Cartella</i>				<i>1^ Verifica Cartella</i>			
<i>2^ Verifica Cartella</i>				<i>Prossima Verifica Cartella</i>			

**REDATTORI DELLA CARTELLA ASSISTENZIALE
ASPETTI CLINICI E FUNZIONALI (1^ stesura)**

<i>Data</i>	<i>Componenti UVM</i>	<i>Ruolo /qualifica</i>		<i>firma</i>
	Dott.	MC	MMG	
	Sig.ra Maria Antonietta Pilia	RQ	Responsabile Sistema Qualità	
	Dott. Francesco Farris	EDC	Educatore Coordinatore	
	Dott.	INF	Infermiere	
	DOTT.	FKT	Terapista della Riabilitazione	
	Dott.ssa	EDC	Educatore	
	Sig.ra	OSS	Operatore Socio Sanitario	
	Sig.ra	ASA	Ausiliaria Socio Assistenziale	

Data e presa visione del MC-MMG

	<i>Firma Medico</i>
--	---------------------

Presa Visione Cliente/Utente/Familiare/ADS-amministratore di sostegno/procuratore/altro:

<i>Data</i>	<i>Nome e Cognome</i>	<i>Telefono</i>	<i>Firma cliente/ utente/familiare/ADS</i>

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____


il _____ C.F. _____ e residente a _____ prov. _____

via/Piazza _____ n. _____ tel. _____

In nome e per conto del/la Sig./Sig.ra _____ nella sua qualità di _____

(indicare il rapporto di parentela/tutela/ADS/procuratore/altro, di seguito "Cliente")

Email: _____

	PROCEDURA	AII.08 C04 CARTELLA ASSISTENZIALE SDN- PAI -Ed.prima-Rev.01	
	Codice CLIENTE 04	Emissione:	13-05-24
	CARTELLA ASSISTENZIALE SDN - PAI	Pagina 2 di 8	

CHIEDE

l'attivazione del Servizio di inclusione sociale e Progetto Personalizzato "Dopo di Noi" (SDN) _____
per il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ C.F. _____ e residente a _____
prov. _____ via/piazza _____ n. _____ tel. _____

AFFIDO

alla Lucrezia Soc. Coop. Sociale (di seguito Società Cooperativa) l'incarico di fornire il Servizio di inclusione sociale e Progetto Personalizzato "Dopo di Noi" (di seguito SDN) di cui ho bisogno e che sarà fornito in base al "Piano di Assistenza SDN" e alla "Richiesta di Attivazione SDN", che consiste in:

- Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare, o per la de istituzionalizzazione (tipologia a);
- Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (tipologia b);
- Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative (tipologia d).

Tipo di Servizio:	
<input type="checkbox"/> Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare, o per la de istituzionalizzazione (tipologia a);	
<input type="checkbox"/> Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (tipologia b);	
<input type="checkbox"/> Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative (tipologia d).	
<input type="checkbox"/> Prestazioni igienico-sanitarie, cura della persona, servizio socio-assistenziale	
<input type="checkbox"/> Azioni di mobilitazione, aiuto per la corretta deambulazione	
<input type="checkbox"/> Alimentazione e nutrizione, aiuto durante il pasto	
<input type="checkbox"/> Attività inerenti il governo della casa	
<input type="checkbox"/> Servizio di lavanderia, stireria, servizio guardaroba	
<input type="checkbox"/> Autonomia sociale, attività finalizzate a favorire l'autosufficienza nelle attività quotidiane	
<input type="checkbox"/> Attività integrative, riguardano interventi di supporto alle attività ordinarie	
<input type="checkbox"/> Interventi di carattere educativo-sociale, segretariato, sorveglianza	
<input type="checkbox"/> Prestazioni infermieristiche e sanitarie, assistenza socio sanitaria	
<input type="checkbox"/> Prestazioni di tipo riabilitativo, monitoraggio progetti terapeutici riabilitativi	
<input type="checkbox"/> Attività educativo relazionale ambientale, prestazioni socio-educative e psico-pedagogiche	
<input type="checkbox"/> Servizio monitoraggio di piani di assistenza, PAI - piano di assistenza individualizzato	
<input type="checkbox"/> Servizio monitoraggio di piani educativi, PEI - piano educativo individualizzato	
<input type="checkbox"/> Attività diverse, accompagnamenti, trasferimenti, visite mediche	<input type="checkbox"/> Assistenza fine settimana e/o festivi
<input type="checkbox"/> Assistenza notturna	<input type="checkbox"/> Assistenza ospedaliera
<input type="checkbox"/> Programma "Ritornare a Casa"	<input type="checkbox"/> Progetto legge 162/98
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personale e figure professionali coinvolte:	<input type="checkbox"/> Terapista della Riabilitazione	<input type="checkbox"/> Trasporto e accompagnamento
<input type="checkbox"/> Psicologo	<input type="checkbox"/> Operatore Socio Sanitario	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Educatore Professionale	<input type="checkbox"/> Operatore Socio Assistenziale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Ausiliaria Socio Assistenziale	<input type="checkbox"/>

La frequenza e la durata degli interventi mi sono state illustrate, sono state concordate con me e sono riportate nel Piano di Assistenza e nella Richiesta di Attivazione del Servizio SDN.

Inizio Servizio SDN – data _____ Termine Servizio SDN – data _____

PIANO DI ASSISTENZA

PROBLEMI	INTERVENTI	OPERATORI	ACCESSI

1^ VARIAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE

PROBLEMI	INTERVENTI	OPERATORI	ACCESSI

2^ VARIAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE


PROBLEMI	INTERVENTI	OPERATORI	ACCESSI

PRESCRIZIONE TERAPEUTICA

Terapia all'accesso
Variazione terapia

(1) AREA MEDICO-INFERMIERISTICA

Si lava da solo	NO	SI	con aiuto		allettato	
Si veste da solo	NO	SI	con aiuto		allettato	
Alimentazione autonoma	NO	SI	con aiuto		imboccamento	
Edentulia	NO	SI	protesi inferiore		protesi superiore	
Rifiuto del cibo	NO	SI	denutrito		obesità	
Disfagia	NO	SI	cibi frullati		dieta specifica	
Abuso di alcolici	NO	SI	altro:			
Fumo	NO	SI	peso kg			
Stato nutrizionale soddisfacente	NO	SI	carente apporto nutrizionale		scompensato	
Alimentazione enterale	NO	SI	PEG		SNG	
Diabete mellito	NO	SI	solo dieta		farmaci	insulina
Allergie	NO	SI	Intolleranze alimentari			
Ipovisus	NO	SI	occhiali		altro:	
Ipoacusia	NO	SI	corretta con protesi		altro:	
Problemi respiratori	NO	SI	tipo:			
Incontinenza urinaria	NO	SI	iniziale		catetere vescicale	
Incontinenza fecale	NO	SI	saltuaria		alvo stitico	
Stato di coscienza alterato	NO	SI	soporoso		coma	stato vegetativo
Deficit di memoria	NO	SI	disorientamento		temporale	spaziale
Disturbi linguaggio/comunicazione	NO	SI	di che tipo:			
Deflessione del tono dell'umore:	NO	SI	di che tipo:			
Crisi d'ansia / attacchi di panico	NO	SI	irritabilità/impazienza			
Deliri	NO	SI	allucinazioni visive		allucinazioni uditive	
Aggressività	NO	SI	di che tipo:			
Reazioni al contatto - docilità	NO	SI	diffidenza		ostilità	
Urla, lamenti, vocalizz. ripetitive	NO	SI	agitazione psico-motoria		diurna	notturna
Disturbi del sonno	NO	SI	inversione ritmo sonno-veglia			
Wandering (cammino afinalistico)	NO	SI	tentativi/rischio di fuga			
Mobilizzazione autonoma	NO	SI	con aiuto		su sedia a rotelle	
Deambulazione autonoma	NO	SI	costretto seduto		allettato	
Deambulazione con assistenza	NO	SI	con aiuto		bastone	tripode
Ausili per la deambulazione	NO	SI	deambulatore		stampelle	girello
Lesioni da pressione	NO	SI	stadio		sede:	stomia:
Altre lesioni cutanee	NO	SI	sede:			

	PROCEDURA			AII.08 C04 CARTELLA ASSISTENZIALE SDN- PAI -Ed.prima-Rev.01			
	Codice CLIENTE 04			Emissione:	13-05-24		
	CARTELLA ASSISTENZIALE SDN - PAI			Pagina 4 di 8			

Ausili prevenzione lesioni	NO	SI	materasso a.d.	cuscino a.d.
Cadute negli ultimi tre mesi	NO	SI	dove:	indicare il numero:
Utilizzo del sollevatore	NO	SI	cinture mobilizz.ne	telino scorrevole
Protezione e tutela (contenzioni)	NO	SI	tipo:	
Trattamento riabilitativo	NO	SI	tipo:	
Test/Scale di valutazione	NO	SI	In allegato	
Disturbo lamentato dal cliente	NO	SI	di che tipo:	
Disabilità/abilità residue recup.li	NO	SI	di che tipo:	
Visite specialistiche	NO	SI	di che tipo:	
Esami diagnostici	NO	SI	di che tipo:	
Interventi chirurgici	NO	SI	di che tipo:	
Terapia farmacologica in atto	NO	SI	Aiuto corretta assunzione terapia	NO SI
Autosufficiente	NO	SI	parzialmente	non autosufficiente
Frequenza presso Centro Diurno	NO	SI	Visite amici e/o parenti	NO SI

Note:

Altro:

contrassegnare con () le variazioni, descrivere brevemente le modifiche nelle verifiche successive alla prima stesura;*

Data Verifica	Variazioni della Cartella Assistenziale dalla 1 ^a Stesura			Firma-Sigla Referente
1 ^a Ver.				INF
2 ^a Ver.				
3 ^a Ver.				

Note:

Altro:

(2) AREA PSICOLOGICO/COGNITIVA - AREA ANIMAZIONE OCCUPAZIONALE

Socializzazione - solitario	NO	SI	socievole	altro:
Stato di coscienza alterato	NO	SI	soporoso	coma stato vegetativo
Deficit di memoria	NO	SI	disorientamento	temporale spaziale
Disturbi linguaggio/comunicazione	NO	SI	di che tipo:	
Occupazione - Lettura - Tv/ radio	NO	SI	partecipa alle attività:	NO SI
Igiene personale- autosufficiente	NO	SI	cura dell'aspetto:	
Capacità di socializzare	NO	SI	buona	scarsa indifferenza
Reazioni al contatto - docilità	NO	SI	diffidenza	ostilità
Personalità fragile	NO	SI	egocentrica	passiva
Riduzione interessi	NO	SI	rifugio nel passato	difficoltà di comprensione
Deflessione del tono dell'umore:	NO	SI	di che tipo:	
Crisi d'ansia / attacchi di panico	NO	SI	irritabilità/impazienza	
Deliri	NO	SI	allucinazioni visive	allucinazioni uditive
Aggressività	NO	SI	di che tipo:	
Urla, lamenti, vocalizz. ripetitive	NO	SI	agitazione psico-motoria	diurna notturna
Disturbi del sonno	NO	SI	inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico)	NO	SI	tentativi/rischio di fuga	
Prestazioni socio educative	NO	SI		
Prestazioni psico-pedagogiche	NO	SI		
Attività ludico ricreative	NO	SI		
Attività laboratoriali	NO	SI		
Attività extra scolastiche	NO	SI		
Attività di animazione	NO	SI		
Attività riabilitative	NO	SI		
Supporto durante l'uso dei servizi	NO	SI		

Supporto durante il pasto	NO	SI	Supporto nella mobilizzazione	NO	SI
Supporto nella deambulazione	NO	SI	Supporto attività vita quotidiana	NO	SI
Uscite, passeggiate assistite	NO	SI	Feste a tema	NO	SI
Supporto intervento al caregiver	NO	SI	Sollievo ai familiari	NO	SI
Formazione dei familiari	NO	SI		NO	SI
	NO	SI		NO	SI
	NO	SI		NO	SI

Note:

Altro:

contrassegnare con () le variazioni, descrivere brevemente le modifiche nelle verifiche successive alla prima stesura;*

Data Verifica	Variazioni della Cartella Assistenziale dalla 1 ^a Stesura		Firma-Sigla Referente
1 ^a Ver.			EDC
2 ^a Ver.			EDP
3 ^a Ver.			

Note:

Altro:

(3) AREA ASSISTENZIALE (Alimentazione / Igiene / Abbigliamento)

Mobilizzazione autonoma	NO	SI	con aiuto	su sedia a rotelle
Deambulazione autonoma	NO	SI	costretto seduto	allettato
Deambulazione con assistenza	NO	SI	con aiuto	bastone tripode
Utilizzo ausili per la deambulazione	NO	SI	deambulatore/girello	stampelle
Protezione e tutela (contenzioni)	NO	SI	tipo:	
Utilizzo del sollevatore	NO	SI	cinture mobilizzazione	telino scorrevole
Ausili prevenzione lesioni	NO	SI	materasso a.d.	cuscino a.d.
Cadute negli ultimi tre mesi	NO	SI	dove:	indicare il numero:
Alimentazione autonoma	NO	SI	con aiuto	necessita di imboccamento
Edentulia	NO	SI	protesi inferiore	protesi superiore
Rifiuto del cibo	NO	SI	denutrito	obesità
Disfagia	NO	SI	cibi frullati	dieta specifica
Igiene personale- autosufficiente	NO	SI	con aiuto	totalmente dipendente
Vestirsi/svestirsi	NO	SI	con aiuto	totalmente dipendente

Note:

Altro:

contrassegnare con () le variazioni, descrivere brevemente le modifiche nelle verifiche successive alla prima stesura;*

Data Verifica	Variazioni della Cartella Assistenziale dalla 1 ^a Stesura		Firma-Sigla Referente
1 ^a Ver.			OSS
2 ^a Ver.			
3 ^a Ver.			

Note:

Altro:

(4) AREA RIABILITATIVA (Mobilizzazione / Deambulazione / Gestione Ausili)

Mobilizzazione autonoma	NO	SI	con aiuto	su sedia a rotelle
Deambulazione autonoma	NO	SI	costretto seduto	allettato
Deambulazione con assistenza	NO	SI	con aiuto	bastone tripode
Utilizzo ausili per la deambulazione	NO	SI	deambulatore	stampelle girello
Protezione e tutela (contenzioni)	NO	SI	tipo:	
Utilizzo del sollevatore	NO	SI	cinture mobilizz.	telino scorrevole
Ausili prevenzione lesioni	NO	SI	materasso a.d.	cuscino a.d.
Cadute negli ultimi tre mesi	NO	SI	dove:	indicare il numero:

Note:

Altro:

Contrassegnare con () le variazioni, descrivere brevemente le modifiche nelle verifiche successive alla prima stesura;*

Data Verifica	Variazioni della Cartella Assistenziale dalla 1 ^a Stesura	Firma-Sigla Referente
1 ^a Ver.		OSS
2 ^a Ver.		
3 ^a Ver.		

Note:

Altro:

(4) AREA RIABILITATIVA (Fisioterapia)

Disturbo lamentato dal paziente	NO	SI	di che tipo:
Visite specialistiche	NO	SI	
Esami diagnostici	NO	SI	
Interventi chirurgici	NO	SI	
Terapia farmacologica in atto	NO	SI	
Osservazione posturale	NO	SI	
Test/Scale di valutazione in allegato	NO	SI	
Segni che indicano disfunzioni gravi	NO	SI	
Disabilità/abilità residue e recuperabili	NO	SI	
Programma a breve/medio termine	NO	SI	
Programma a lungo termine	NO	SI	
Programma fisioterapico neurologico	NO	SI	di che tipo:
Programma fisioterapico ortopedico	NO	SI	di che tipo:
Programma fisioterapico globale	NO	SI	di che tipo:

Note:

Altro:

contrassegnare con () le variazioni, descrivere brevemente le modifiche nelle verifiche successive alla prima stesura;*

Data Verifica	Variazioni della Cartella Assistenziale dalla 1 ^a Stesura	Firma-Sigla Referente
1 ^a Ver.		FKT
2 ^a Ver.		
3 ^a Ver.		

Note:

Altro:

(5) AREA DOMESTICA (Governo della casa)

	Pulizia ordinaria della casa	NO	SI	di che tipo:
	Pulizia dell'unità di degenza	NO	SI	
	Pulizia del bagno	NO	SI	
	Pulizia del soggiorno	NO	SI	
	Pulizia della cucina	NO	SI	
	Lavaggio stoviglie	NO	SI	
	Preparazione dei pasti caldi	NO	SI	
	Consegna a domicilio dei pasti caldi	NO	SI	
	Pulizia cortile	NO	SI	
	Servizio lavanderia	NO	SI	
	Servizio stireria e guardaroba	NO	SI	
	Ritiro e riconsegna capi abbigliamento	NO	SI	di che tipo:
	Pulizia straordinaria ambienti	NO	SI	di che tipo:
	Pulizia presidi e accessori	NO	SI	di che tipo:
	Accompagnamento visite mediche	NO	SI	
	Accompagnamento visite varie	NO	SI	
	Uscite, passeggiate assistite	NO	SI	
	Accompagnamento pratiche varie	NO	SI	
	Acquisto generi alimentari	NO	SI	
	Acquisto farmaci	NO	SI	
	MMG prescrizione ricette farmaci	NO	SI	

Note:

Altro:

contrassegnare con () le variazioni, descrivere brevemente le modifiche nelle verifiche successive alla prima stesura;*

Data Verifica		Variazioni della Cartella Assistenziale dalla 1 ^a Stesura	Firma-Sigla Referente	
1 ^a Ver.			FKT	
2 ^a Ver.				
3 ^a Ver.				

Note:

Altro:

*Legenda Aree: (1) Medico-infermieristica, (2) Psicologico/Cognitiva - Area Occupazionale (Comunicazione e Relazione)
(3) Assistenziale /Abbigliamento-Alimentazione-Igiene-Mobilizzazione, (4) Area Riabilitativa (5) Area Domestica*

Allega alla presente domanda:


- Verbale di approvazione progetto personalizzato operativo (ASL-UVT- PLUS) e relativi allegati:
- Allegato verbale UVT SCHEDE PROGETTO GENERALE PERSONALIZZATO L. 112/2016
- Allegato A - Domanda di ammissione L.112/2016 PROFILO DI FUNZIONAMENTO
- Allegato B - Domanda di ammissione L.112/2016 SCHEDE VALUTAZIONE AUTONOMIE

- Relazione Medico Curante/Scheda Sanitaria
- Pai-SDN, Piano Assistenziale Individualizzato
- Pei-SDN, Piano Educativo Individualizzato
- Scheda Interventi personale Medico Infermieristico
- Scheda Intervento di Riabilitazione Funzionale
- Scheda Somministrazione Farmaci
- Diario Socio Assistenziale
- Scheda Parametri Vitali
- Scheda HGT
- Scheda PT
- Scheda Elenco Farmaci Prescritti dal MMG.

Nuraminis _____

Il Cliente/Utente per accettazione e consegna di una copia

Firma _____

	PROCEDURA		AII.08 C04 CARTELLA ASSISTENZIALE SDN- PAI -Ed.prima-Rev.01	
	Codice CLIENTE 04		Emissione:	13-05-24
	CARTELLA ASSISTENZIALE SDN - PAI		Pagina 8 di 8	

In ipotesi di Utente minore di età, ovvero soggetto affetto da grave disabilità fisica e/o psichica

Il/La sottoscritto/a _____

In nome e per conto del/la Sig./Sig.ra _____

nella sua qualità di _____

(indicare il rapporto di parentela/tutela/amministratore di sostegno/procuratore/altro)

L'Utente, ovvero il Cliente in nome e per conto dell'Utente
per accettazione del contenuto e per consegna a mani di una copia del presente regolamento

Firma _____

Per la Lucrezia Soc. Coop. Soc.le Onlus

Il legale Rappresentante _____

Documento di Riconoscimento (di cui si allega copia)

Il ricevente: _____

Lucrezia Società Cooperativa Sociale Onlus

Sede Legale: Via Iglesias, 3 – 09023 Monastir (Ca) – Piazza San Pietro n. 20 - 09024 Nuraminis (Ca)
casalucreziadopodinoi@gmail.com - info@casalucrezia.it - lucreziaonlus@pec.it – tel. 3284624509 – 0709143043- 3402128198

Vi informiamo che il trattamento dei Vostri dati è da noi eseguito nel rispetto del Reg. UE n.679/2016 sulla Privacy.