


|   |                                  |  |   |          |
|---|----------------------------------|--|---|----------|
|  | <b>PROCEDURA</b>                 |  | AII.08 C04 CARTELLA ASSISTENZIALE SAD- PAI -Ed.prima-Rev.01 |          |
|   | Codice <b>CLIENTE 04</b>         |  | Emissione:  | 16/11/19 |
|   | CARTELLA ASSISTENZIALE SAD - PAI |  | Pagina 1 di 9   |          |

## Allegato 08 CARTELLA ASSISTENZIALE SAD - PAI

### DATI ANAGRAFICI DELL'OSPITE

|                              |     |                                   |  |
|------------------------------|-----|-----------------------------------|--|
| <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>              | SAD | <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                | RQ                      | Responsabile Sistema Qualità   |              |
|             | Dott.ssa              | EDC                     | Educatore Coordinatore         |              |
|             | Dott.                 | INF                     | Infermiere                     |              |
|             | Dott.                 | FKT                     | Terapista della Riabilitazione |              |
|             | Dott.ssa              | EDC                     | Educatore Coordinatore         |              |
|             | 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> |
|-------------|-----------------------|-----------------|--|
|             |                       |                 |  |

|   |                                  |  |   |          |
|---|----------------------------------|--|---|----------|
| <br><b>Casa Lucrezia</b> | <b>PROCEDURA</b>                 |  | AII.08 C04 CARTELLA ASSISTENZIALE SAD- PAI -Ed.prima-Rev.01 |          |
|   | Codice <b>CLIENTE 04</b>         |  | Emissione:  | 16/11/19 |
|   | CARTELLA ASSISTENZIALE SAD - PAI |  | Pagina 2 di 9   |          |

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/amministratore di sostegno/procuratore/altro, di seguito "Cliente")

**CHIEDE**

l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare – SAD \_\_\_\_\_ per il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_ figli n. \_\_\_\_ grado di istruzione \_\_\_\_\_ composizione nucleo familiare \_\_\_\_\_

**AFFIDO**

alla Lucrezia Servizi Srl (di seguito Società) l'incarico di fornire il Servizio di Assistenza Domiciliare (di seguito SAD) di cui ho bisogno e che sarà fornito in base al Piano di Assistenza e alla Richiesta di Attivazione SAD, che consiste in:

| <b>Tipo di Servizio:</b>  |  |
|---|--|
| <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"/>                                       |
|   |  |
|   |  |
|   |  |

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

La Cartella dell'Assistenza Domiciliare deve essere disponibile presso il domicilio del Cliente/Assistito: Sì  No

Inizio Servizio SAD – data \_\_\_\_\_ Termine Servizio SAD – data \_\_\_\_\_

**PROCEDURA**All.08 C04 CARTELLA  
ASSISTENZIALE SAD- PAI  
-Ed.prima-Rev.01Codice **CLIENTE 04**

Emissione:

16/11/19

CARTELLA ASSISTENZIALE SAD - PAI

Pagina 3 di 9

**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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Variazioni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(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:                         |                       |
| Ossigenoterapia                     | NO | SI | continua                      | discontinua           |
| 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:                         |                       |
| 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 paziente     | 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 |                               |                       |
| Aiuto durante il pasto              | NO | SI |                               |                       |
| Autosufficiente                     | NO | SI | parzialmente                  | non autosufficiente   |
| Frequenza presso Centro Diurno      | NO | SI | Visite amici e/o parenti      | NO SI                 |

Note:

|   |                                  |  |   |          |
|---|----------------------------------|--|---|----------|
| <br><b>Casa Lucrezia</b> | <b>PROCEDURA</b>                 |  | AII.08 C04 CARTELLA ASSISTENZIALE SAD- PAI -Ed.prima-Rev.01 |          |
|   | Codice <b>CLIENTE 04</b>         |  | Emissione:  | 16/11/19 |
|   | CARTELLA ASSISTENZIALE SAD - PAI |  | Pagina 5 di 9   |          |


|  |  |  |  |                       |      |
|--|--|--|--|-----------------------|------|
| Altro:   |  |  |  |                       |      |
| <i>contrassegnare con (*) le variazioni, descrivere brevemente le modifiche nelle verifiche successive alla prima stesura;</i> |  |  |  |                       |      |
| Data Verifica  | Variazioni della Cartella Assistenziale dalla 1 <sup>a</sup> Stesura |  |  | Firma-Sigla Referente |      |
| 1 <sup>a</sup> Ver.  |  |  |  | INF                   | S.S. |
| 2 <sup>a</sup> Ver.  |  |  |  |                       |      |
| 3 <sup>a</sup> 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 mobilitazione                                   | 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 |  |                               |    |                            |    |                  |  |
|  |    |    |  |                               |    |                            |    |                  |  |
|  |    |    |  |                               |    |                            |    |                  |  |
| Note:  |    |    |  |                               |    |                            |    |                  |  |

|   |                                  |  |   |          |
|---|----------------------------------|--|---|----------|
| <br><b>Casa Lucrezia</b> | <b>PROCEDURA</b>                 |  | AII.08 C04 CARTELLA ASSISTENZIALE SAD- PAI -Ed.prima-Rev.01 |          |
|   | Codice <b>CLIENTE 04</b>         |  | Emissione:  | 16/11/19 |
|   | CARTELLA ASSISTENZIALE SAD - PAI |  | Pagina 6 di 9   |          |


|  |  |   |  |                              |      |
|--|--|---|--|------------------------------|------|
| Altro:   |  |   |  |                              |      |
| <i>contrassegnare con (*) le variazioni, descrivere brevemente le modifiche nelle verifiche successive alla prima stesura;</i> |  |   |  |                              |      |
| <i>Data Verifica</i>   |  | <i>Variazioni della Cartella Assistenziale dalla 1^ Stesura</i> |  | <i>Firma-Sigla Referente</i> |      |
| 1^ Ver.  |  |   |  | EDC                          | M.F. |
| 2^ Ver.  |  |   |  | EDP                          | M.B. |
| 3^ 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:   |    |   |                        |                           |                              |  |
| <i>contrassegnare con (*) le variazioni, descrivere brevemente le modifiche nelle verifiche successive alla prima stesura;</i> |    |   |                        |                           |                              |  |
| <i>Data Verifica</i>   |    | <i>Variazioni della Cartella Assistenziale dalla 1^ Stesura</i> |                        |                           | <i>Firma-Sigla Referente</i> |  |
| 1^ Ver.  |    |   |                        |                           | OSS                          |  |
| 2^ Ver.  |    |   |                        |                           |                              |  |
| 3^ Ver.  |    |   |                        |                           |                              |  |
| Note:  |    |   |                        |                           |                              |  |
| Altro:   |    |   |                        |                           |                              |  |

|   |                                  |  |   |          |
|---|----------------------------------|--|---|----------|
| <br><b>Casa Lucrezia</b> | <b>PROCEDURA</b>                 |  | AII.08 C04 CARTELLA ASSISTENZIALE SAD- PAI -Ed.prima-Rev.01 |          |
|   | Codice <b>CLIENTE 04</b>         |  | Emissione:  | 16/11/19 |
|   | CARTELLA ASSISTENZIALE SAD - PAI |  | Pagina 7 di 9   |          |

| (4) AREA RIABILITATIVA ( <i>Mobilizzazione / Deambulazione / Gestione Ausili</i> )   |    |   |                   |                     |         |  |  |                              |  |
|--|----|---|-------------------|---------------------|---------|--|--|------------------------------|--|
| 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:   |    |   |                   |                     |         |  |  |                              |  |
| <i>Contrassegnare con (*) le variazioni, descrivere brevemente le modifiche nelle verifiche successive alla prima stesura;</i> |    |   |                   |                     |         |  |  |                              |  |
| <i>Data Verifica</i>   |    | <i>Variazioni della Cartella Assistenziale dalla 1^ Stesura</i> |                   |                     |         |  |  | <i>Firma-Sigla Referente</i> |  |
| 1^ Ver.  |    |   |                   |                     |         |  |  | OSS                          |  |
| 2^ Ver.  |    |   |                   |                     |         |  |  |                              |  |
| 3^ Ver.  |    |   |                   |                     |         |  |  |                              |  |
| Note:  |    |   |                   |                     |         |  |  |                              |  |
| Altro:   |    |   |                   |                     |         |  |  |                              |  |

| (4) AREA RIABILITATIVA ( <i>Fisioterapia</i> )   |    |   |              |  |  |  |  |                              |  |
|--|----|---|--------------|--|--|--|--|------------------------------|--|
| 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:   |    |   |              |  |  |  |  |                              |  |
| <i>contrassegnare con (*) le variazioni, descrivere brevemente le modifiche nelle verifiche successive alla prima stesura;</i> |    |   |              |  |  |  |  |                              |  |
| <i>Data Verifica</i>   |    | <i>Variazioni della Cartella Assistenziale dalla 1^ Stesura</i> |              |  |  |  |  | <i>Firma-Sigla Referente</i> |  |
| 1^ Ver.  |    |   |              |  |  |  |  | FKT                          |  |
| 2^ Ver.  |    |   |              |  |  |  |  |                              |  |


|   |                                  |  |   |          |
|---|----------------------------------|--|---|----------|
| <br><b>Casa Lucrezia</b> | <b>PROCEDURA</b>                 |  | AII.08 C04 CARTELLA ASSISTENZIALE SAD- PAI -Ed.prima-Rev.01 |          |
|   | Codice <b>CLIENTE 04</b>         |  | Emissione:  | 16/11/19 |
|   | CARTELLA ASSISTENZIALE SAD - PAI |  | Pagina 8 di 9   |          |

|                     |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|
| 3 <sup>a</sup> 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:   |  |  |  |    |                       |
| <i>contrassegnare con (*) le variazioni, descrivere brevemente le modifiche nelle verifiche successive alla prima stesura;</i> |  |  |  |    |                       |
| Data Verifica  |  | Variazioni della Cartella Assistenziale dalla 1 <sup>a</sup> Stesura |  |    | Firma-Sigla Referente |
| 1 <sup>a</sup> Ver.  |  |  |  |    | FKT                   |
| 2 <sup>a</sup> Ver.  |  |  |  |    |                       |
| 3 <sup>a</sup> 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



|   |                                  |  |   |          |
|---|----------------------------------|--|---|----------|
|  | <b>PROCEDURA</b>                 |  | All.08 C04 CARTELLA ASSISTENZIALE SAD- PAI -Ed.prima-Rev.01 |          |
|   | Codice <b>CLIENTE 04</b>         |  | Emissione:  | 16/11/19 |
|   | CARTELLA ASSISTENZIALE SAD - PAI |  | Pagina 9 di 9   |          |

**Allega alla presente domanda:**

- Relazione Medico Curante/Scheda Sanitaria
- Pai-SAD, Piano Assistenziale Individualizzato
- Pei-SAD, Piano Educativo Individualizzato
- Scheda Interventi personale Medico Infermieristico
- Scheda Intervento di Riabilitazione Funzionale
- Diario Socio Assistenziale
- Scheda Somministrazione Farmaci
- 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 \_\_\_\_\_

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 Servizi Srl

Il legale Rappresentante \_\_\_\_\_

Documento di Riconoscimento (di cui si allega copia)

\_\_\_\_\_

Il ricevente: \_\_\_\_\_

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

**Comunità Alloggio per Anziani "Residenza Lucrezia" Quartu Sant'Elena – Lucrezia Servizi Srl**  
Via Cavour n. 31 – 09045 Quartu Sant'Elena (Ca) – Sede Legale Piazza San Pietro n. 20 – 09024 Nuraminis (SU)