



CASA DI CURA
Villa Gemma

Viale Zanardelli, 101 – 25083 Gardone Riviera (BS)
Tel. 0365298000 – Fax 0365-290079

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

Nome / Cognome utente _____ Data di nascita _____

Data ____/____/____ N° progressivo PAI _____

Data inizio prestazioni ____/____/____ data prevista fine erogazione: ____/____/____

Sospensione data: ____/____/____ motivo: _____

Allergie note: no; si _____

Diagnosi infermieristiche

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Alterazione della funzione respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Alterazione della funzione cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Incapacità o difficoltà di mobilizzazione e/o di autonomia nelle attività di vita quotidiana |
| <input type="checkbox"/> Potenziale rischio di caduta |
| <input type="checkbox"/> Incapacità o difficoltà nella gestione della terapia farmacologica |
| <input type="checkbox"/> Incapacità o difficoltà nella gestione di problematiche relative alla patologia |
| <input type="checkbox"/> Potenziale rischio o presenza di lesioni da decubito |
| <input type="checkbox"/> Disturbi della produzione verbale |
| <input type="checkbox"/> Disturbi della deglutizione |
| <input type="checkbox"/> Dolore localizzato..... |
| <input type="checkbox"/> Terapia endovenosa |
| <input type="checkbox"/> Gestione catetere/stomia |

Obiettivi infermieristici/Fisioterapici

| INIZIO PRESA IN CARICO | FINE PRESA IN CARICO | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diminuzione dell'affaticamento respiratorio | <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto | <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto | <input type="checkbox"/> Non raggiunto |
| <input type="checkbox"/> Miglioramento e/o scomparsa sintomi cardiologici | <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto | <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto | <input type="checkbox"/> Non raggiunto |
| <input type="checkbox"/> Recupero autonomia nelle attività di vita quotidiana <input type="checkbox"/> IGIENE <input type="checkbox"/> ALIMENTAZIONE <input type="checkbox"/> DEAMBULAZIONE <input type="checkbox"/> PASSAGGI POSTURALI <input type="checkbox"/> FUNZIONI DI RELAZIONE | <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto | <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto | <input type="checkbox"/> Non raggiunto <input type="checkbox"/> Non raggiunto <input type="checkbox"/> Non raggiunto <input type="checkbox"/> Non raggiunto |
| <input type="checkbox"/> Ridurre il rischio di caduta | <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto | <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto | <input type="checkbox"/> Non raggiunto |
| <input type="checkbox"/> Recupero autonomia nella gestione della terapia farm. <input type="checkbox"/> TAO <input type="checkbox"/> INSULINA <input type="checkbox"/> OSSIGENO <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto | <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto | <input type="checkbox"/> Non raggiunto <input type="checkbox"/> Non raggiunto <input type="checkbox"/> Non raggiunto <input type="checkbox"/> Non raggiunto |
| <input type="checkbox"/> Gestione problematiche relative alla patologia <input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE <input type="checkbox"/> MEDICAZIONI <input type="checkbox"/> INCONTINENZA <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto | <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto | <input type="checkbox"/> Non raggiunto <input type="checkbox"/> Non raggiunto <input type="checkbox"/> Non raggiunto <input type="checkbox"/> Non raggiunto |
| <input type="checkbox"/> Prevenire e/o curare lesioni da decubito | <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto | <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto | <input type="checkbox"/> Non raggiunto |
| <input type="checkbox"/> Ridurre e/o eliminare dolore | <input type="checkbox"/> Tot. raggiunto | <input type="checkbox"/> Parz. raggiunto | <input type="checkbox"/> Non raggiunto |



CASA DI CURA

Villa Gemma

Viale Zanardelli, 101 – 25083 Gardone Riviera (BS)
Tel. 0365298000 – Fax 0365-290079

Pianificazione azioni infermieristiche/Fisioterapiche

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Monitorare segni e sintomi della funzione respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Monitorare segni e sintomi dell'attività cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Assistenza per la progressiva autonomia |
| <input type="checkbox"/> Adozione delle azioni per la prevenzione del rischio caduta |
| <input type="checkbox"/> Educazione sanitaria relativa alla patologia: informare ed addestrare il paziente e/o famigliari utilizzando strumenti informativi specifici |
| <input type="checkbox"/> Informare ed addestrare il paziente e/o famigliari nella gestione delle problematiche relative alla patologia |
| <input type="checkbox"/> Adottare azioni preventive – medicare lesioni come da protocollo |
| <input type="checkbox"/> Monitorare l'intensità del dolore e l'efficacia terapeutica |
| <input type="checkbox"/> Prelievo campioni biologici |
| <input type="checkbox"/> Rieducazione motoria |
| <input type="checkbox"/> Rinforzo muscolare |
| <input type="checkbox"/> Training del cammino |
| <input type="checkbox"/> Rieducazione logopedica |

Diagnosi/indicazioni riabilitative

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

Firme figure professionali partecipanti

| nome. | Qualifica prof. | Firma |
|-------|-----------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

EDUCAZIONE SANITARIA SVOLTA

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Educazione nella gestione della terapia farmacologica |
| <input type="checkbox"/> Educazione norme di comportamento alimentare |
| <input type="checkbox"/> Educazione prevenzione rischio caduta |
| <input type="checkbox"/> Consegna opuscoli informativi sullo stile di vita |
| <input type="checkbox"/> Formazione sull'utilizzo di apparecchiature elettromedicali |
| <input type="checkbox"/> Consegna opuscolo informativo per |
| |
| |
| |

Firma per accettazione

(utente/familiare/tutore/amm. sostegno)

Firma operatore



CASA DI CURA
Villa Gemma

Viale Zanardelli, 101 – 25083 Gardone Riviera (BS)
Tel. 0365298000 – Fax 0365-290079

VERIFICHE ANDAMENTO PROGETTO

Data: ____/____/____

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Osservazione sull'andamento e risultati conseguiti _____

Firma figure professionali: _____

firma utente/caregiver: _____ Data prevista di rivalutazione: ____/____/____

Data: ____/____/____

Osservazione sull'andamento e risultati conseguiti _____

Firma figure professionali: _____

firma utente/caregiver: _____ Data prevista di rivalutazione: ____/____/____

Data: ____/____/____

Osservazione sull'andamento e risultati conseguiti _____

Firma figure professionali: _____

firma utente/caregiver: _____ Data prevista di rivalutazione: ____/____/____