






**Presidi e ausili alla dimissione**

<i>Presidio/ausilio</i>	<i>Tipologia</i>
Catetere vescicale Data ultimo cambio ...../...../.....	
Letto ortopedico	
Materasso antidecubito	
Ventilatore	
Deambulatore	
Cannule tracheali	
Comunicatore	
Medicazioni avanzate	
Apparecchiatura per pressione negativa	
Altro.....	

SVAMA effettuata in data (da allegare): \_\_\_\_\_

**Il Dirigente Medico Ospedaliero**

\_\_\_\_\_

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE: PAI****MOD. 12**

PAZIENTE _____	CF _____
DATA DI NASCITA _____	LUOGO DI NASCITA _____
RESIDENZA _____	INDIRIZZO _____
DOMICILIO _____	INDIRIZZO _____
DATA ATTIVAZIONE: _____	

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE**

<b>Diagnosi Principale</b>	
<b>Note</b>	

**DIAGNOSI ONCOLOGICA**

<b>Tipo di diagnosi</b>	<b>Data inizio</b>	<b>Data fine</b>

**BISOGNI**

<b>Alimentazione</b>		
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>
5	Gestione alimentazione per os	<input type="checkbox"/>
5	Gestione S.N.G.	<input type="checkbox"/>
6	Gestione P.E.G.	<input type="checkbox"/>
7	Gestione alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/>
<b>Coping e stress</b>		
11	Educazione terapeutica teorica	<input type="checkbox"/>
<b>Disabilità/Handicap</b>		
99	Accompagnamento/trasporti fuori casa	<input type="checkbox"/>
27	Assistenza nelle IADL (pulizia casa, acquisti, preparazione past, lavanderia)	<input type="checkbox"/>
28	Assistenza nelle ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti)	<input type="checkbox"/>

26	Supervisione continua	<input type="checkbox"/>
29	Supporto al caregiver	<input type="checkbox"/>
<b>Disabilità/Handicap potenziale residuo</b>		
99	Educazione e addestramento	<input type="checkbox"/>
25	Cicli riabilitativi per peggioramento o prevenzione di complicanze	<input type="checkbox"/>
25	Trattamento riattivativo di sindrome da allettamento recente	<input type="checkbox"/>
99	Trattamento patologie della comunicazione	<input type="checkbox"/>
99	Trattamento riabilitativo post acuto paz. altre patologie	<input type="checkbox"/>
23	Trattamento riabilitativo post acuto paz. neurologico	<input type="checkbox"/>
99	Prescrizione, addestramento, collaudo ausili	<input type="checkbox"/>
32	Motorio	<input type="checkbox"/>
<b>Integrità cutanea</b>		
12	Trattamenti lesioni decubito I e II grado	<input type="checkbox"/>
13	Trattamenti lesioni decubito III e IV grado	<input type="checkbox"/>
99	Trattamenti ulcere trofiche	<input type="checkbox"/>
99	Trattamenti ferite chirurgiche	<input type="checkbox"/>
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>
<b>Procedure diagnostiche</b>		
99	Prelievo arterioso per emogasanalisi	<input type="checkbox"/>
99	Prelievo materiale organico per microbiologia	<input type="checkbox"/>
14	Prelievo venoso non occasionale	<input type="checkbox"/>
99	Rilevazione parametri vitali e fisici	<input type="checkbox"/>
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>
33	Prelievo venoso occasionale	<input type="checkbox"/>
16	Telemetria	<input type="checkbox"/>
15	ECG	<input type="checkbox"/>
<b>Procedure terapeutiche</b>		
18	Gestione C.V.C./Porth-cath	<input type="checkbox"/>
17	Gestione terapia infusiva periferica	<input type="checkbox"/>
20	Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/>
20	Gestione terapia con microinfusori/elastomeri	<input type="checkbox"/>
99	Terapia orale	<input type="checkbox"/>
19	Trasfusioni	<input type="checkbox"/>
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>
17	Terapia intramuscolare sottocutanea	<input type="checkbox"/>
<b>Progettualità assistenziale</b>		
99	Valutazione multidisciplinare	<input type="checkbox"/>

99	Valutazione monoprofessionale	<input type="checkbox"/>
<b>Respirazione</b>		
2	Gestione O2 terapia	<input type="checkbox"/>
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>
1	Gestione broncoaspirazione	<input type="checkbox"/>
3	Gestione ventilazione invasiva	<input type="checkbox"/>
4	Gestione tracheostomia	<input type="checkbox"/>
<b>Riposo/sonno</b>		
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>
<b>Rischio infettivo</b>		
99	Gestione procedure di prevenzione	<input type="checkbox"/>
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>
<b>Rischio sanguinamento</b>		
99	Rischio sanguinamento	<input type="checkbox"/>
<b>Terminalità non oncologica</b>		
31	Cure palliative di fine vita	<input type="checkbox"/>
<b>Terminalità oncologica</b>		
20	Gestione dolore	<input type="checkbox"/>
31	Cure palliative di fine vita	<input type="checkbox"/>
<b>Urinaria/intestinale</b>		
8	Gestione stomia	<input type="checkbox"/>
9	Clistere evacuativo	<input type="checkbox"/>
8	Gestione urostomia	<input type="checkbox"/>
9	Gestione cateterismo vescicale	<input type="checkbox"/>
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>

**IL MMG / PLS**

\_\_\_\_\_  
(Firma e Timbro)

Chiede l'attivazione del profilo:

CDI livello base    CDI 1° livello    CDI 2° livello    CDI 3° livello    CDI 4° livello – Cure palliative

per i seguenti operatori

Operatore	Accessi	Minuti	Data inizio	Data fine	Giorn	Sett	Men
MMG/PLS							

<b>Medico Anestesista</b>							
<b>OSA/OSS cooperativa</b>							
<b>Infermiere cooperativa</b>							
<b>Psicologo cooperativa</b>							
<b>Medico specialista ambulatoriale</b>							
<b>Medico Palliativista</b>							
<b>Coordinatore Distrettuale CDI</b>							

**SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE DEL DISTRETTO**

- |   |                 |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Progetto a molto bassa intensità assistenziale | CD livello base |
| <input type="checkbox"/> Progetto a bassa intensità assistenziale       | CDI 1° livello  |
| <input type="checkbox"/> Progetto a media intensità assistenziale       | CDI 2° livello  |
| <input type="checkbox"/> Progetto a alta intensità assistenziale        | CDI 3° livello  |
| <input type="checkbox"/> Progetto a alta intensità assistenziale        | CDI 4° livello  |

Si autorizza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

---

(Firma e Timbro del Medico che autorizza)