

Distretto di Scandiano

Via Martiri della Libertà, 6 - 42019 Scandiano (RE) - Tel. 0522/850111

Servizio Assistenza Anziani

Unità di Valutazione Multidimensionale

Corso Vallisneri, 41 - 42019 Scandiano (RE)

Tel. 0522 850524 - Fax 0522 850425

ALLEGATO 4

☐ 1^ valutazione ☐ 2^ valutazione ☐ 3^ valutazione ☐ 4^ valutazione

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO DI VITA E DI CURE

Del Sig./ra _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ Tel. _____

Data della segnalazione _____ Sede valutazione _____ eseguita il _____

Punteggio BINAH _____ ☐ autosufficiente ☐ parzialmente non autosufficiente ☐ non autosufficiente

Medico curante _____ Responsabile del Caso _____

Codice F. _____ Indennità accompagnamento o beneficio similare ☐ SI ☐ NO

☐ In corso Se sì, data della decorrenza _____

Familiari conviventi ☐ SI ☐ NO ISEE dell'anziano € _____

INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA':

☐ Ricovero di sollievo in CRA / Nucleo Demenze

Erogato/in atto ☐ Previsto ma al momento non erogato ☐

per un periodo di: _____ entro il _____ preferenza per _____

☐ Ricovero in ex RSA per:

Sollievo (con elevati bisogni sanitari) Erogato/in atto ☐ Previsto ma al momento non erogato ☐

Disturbi del comportamento Erogato/in atto ☐ Previsto ma al momento non erogato ☐

Riabilitazione Erogato/in atto ☐ Previsto ma al momento non erogato ☐

Elevati bisogni sanitari assistenziali Erogato/in atto ☐ Previsto ma al momento non erogato ☐

per un periodo di: _____ entro il _____ gratuito ☐ SI ☐ NO

per un periodo di: _____ entro il _____ gratuito ☐ SI ☐ NO

☐ **Assegno di Cura** ☐ SI ☐ NO ☐ Previsto se ISEE conforme

☐ **Centro Diurno:** Erogato/in atto ☐ Previsto ma al momento non erogato ☐

☐ Altro Erogato/in atto ☐ Previsto ma al momento non erogato ☐INGRESSO DEFINITIVO IN CRA ☐ SI ☐ NO

1) Anamnesi sanitaria/Interventi medici:

[illegible]

2) Bisogni infermieristici e assistenziali

o Monitoraggio parametri vitali / stick glicemico / peso corporeo	o Controllo drenaggi
o Monitoraggio dolore	o Gestione dieta e idratazione
o Somministrazione / preparazione terapia farmacologica	o Gestione lesioni da decubito
o Gestione terapia infusioneale	o Gestione Peg / Pej / SNG
o Gestione nutrizione artificiale	o Gestione tracheostomia
o Gestione catetere vescicale	o Gestione CVC/PICC/Port-a-Cath

o Medicazione	o Prelievi ematici periodici
o Supervisione / esecuzione igiene personale, bagno e vestizione	o Gestione incontinenza urinaria / fecale
o Supervisione / aiuto parziale / totale per alimentazione	o Esecuzione clisteri evacuativi
o Educazione sanitaria al caregiver	
o Altro:	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	

3) Obiettivi di salute / interventi riabilitativi / prevenzione

O Creazione / mantenimento di un ambiente idoneo di vita	O Mantenimento / miglioramento delle condizioni generali
O Gestione / miglioramento / contenzione dei disturbi comportamentali	O Mantenimento / miglioramento delle capacità relazionali
O Tentativo di verticalizzazione / postura seduta	O Prevenzione delle cadute
O Recupero / mantenimento della mobilità e dei trasferimenti posturali	O Prevenzione delle lesioni da decubito
O Recupero / consolidamento / mantenimento della deambulazione	O Prevenzione ab ingestis
O Sollievo / supporto al caregiver	O Prevenzione della sindrome da immobilizzazione
O Altro:	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	

4) Anamnesi/interventi sociali:

OBIETTIVI GENERALI:

1.

2.

3.

4.

Nome cognome.....data.....

La Commissione U.V.G./ U.V.M Distrettuale :

Il Medico	L'Infermiere	L'Assistente Sociale
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Il Familiare referente (per accettazione del programma)

OSSERVAZIONI:

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a il _____ e
residente a _____ in Via _____

familiare referente, acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 che
avverrà solo ai fini istituzionali e comunicato ai terzi incaricati esclusivamente per gli adempimenti connessi
all'ottenimento dei benefici richiesti.

In Fede _____

ALLEGATI

- ☐ B.I.N.A.H
- ☐ SCHEDA ATTIVITA' SOCIO ASSISTENZIALI (per assegno di cura)
- ☐ ULTERIORI CRITERI di valutazione (per assegno di cura)
- ☐ TINETTI
- ☐ M.M.S.E.
- ☐ SCHEDA CLINICA/TERAPEUTICA

Nome cognome.....data.....