

## 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<sup>a</sup> valutazione       2<sup>a</sup> valutazione       3<sup>a</sup> valutazione       4<sup>a</sup> 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 DOMICILIARITÀ:

### 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

**Assistenza Domiciliare integrata (ADI)** con interventi di:

Medico di Medicina Generale:  SI  NO

Servizio Assistenza Domiciliare (SAD):  SI  NO

Servizio Infermieristico Domiciliare (SID):  SI  NO

Trasporti Erogato/in atto  Previsto ma al momento non erogato

Pasti a domicilio Erogato/in atto  Previsto ma al momento non erogato

Telesoccorso e/o Tele assistenza Erogato/in atto  Previsto ma al momento non erogato

C.A.A.D. 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:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

**2) Bisogni infermieristici e assistenziali**

<input type="checkbox"/> Monitoraggio parametri vitali / stick glicemico / peso corporeo	<input type="checkbox"/> Controllo drenaggi
<input type="checkbox"/> Monitoraggio dolore	<input type="checkbox"/> Gestione dieta e idratazione
<input type="checkbox"/> Somministrazione / preparazione terapia farmacologica	<input type="checkbox"/> Gestione lesioni da decubito
<input type="checkbox"/> Gestione terapia infusionale	<input type="checkbox"/> Gestione Peg / Pej / SNG
<input type="checkbox"/> Gestione nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/> Gestione tracheostomia
<input type="checkbox"/> Gestione catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Gestione CVC/PICC/Port-a-Cath

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

### 3) Obiettivi di salute / interventi riabilitativi / prevenzione

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

### 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

---

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.....