

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	 CARTELLA ACCOGLIENZA PAI INGRESSO (ai sensi della DGR 42/2008)	Cod. DSA 10
		Rev. 07
		Pagina 1 di 4

Ente Gestore Senior Residence s.r.l. Via G. Servais, 80 10146 TORINO	Scheda numero (Codice ospite.progress)
--	---

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE RESIDENZIALE della sig.ra			
Cognome		Nome	
Tutore Delegato		rapp orto	

1) **Informazioni riferite:**

Dal sig/sig.ra	Tel.
----------------	------

2) **Provenienza**

Nome altra struttura	casa	☐ solo ☐ con coniuge	☐ con figli ☐ altro
----------------------	------	---	--

3) **Dati sociali**

Coniugata	Vedova	Celibe/Nubile
-----------	--------	---------------

4) **Nel caso di progetto residenziale, in struttura per inserimento:**

Tipologia inserimento		Altro ...	
Progetto redatto da:		Valutazione	

5) **E' stato reso partecipe della decisione di inserimento?:**

--	--

6) **Disponibilità della rete parentale / amicale** SI /NO specificare chi :

Ospitalità per brevi periodi			
Accompagnamento a visite			
Accompagnamento ad attività/presenza in struttura			
Altro			

7) **Abitudini della persona (es. orari sonno, veglia, pasti, sonno ...)**

--

8) **Interessi, hobbies**

--

9) **Grado di istruzione**

--

Attività lavorativa svolta

--

10) **Deficit sensoriali - visivi**

--

Deficit sensoriali - uditivi

--

11) **Indicazioni per il primo periodo di permanenza nella residenza (SI/NO)**

Va d'accordo con la maggioranza delle persone		Ha rapporti privilegiati con singole persone	
Ha rapporti privilegiati con un gruppo di persone		Sta volentieri da solo/a	

Senior Residence s.r.l.

Via G. Servais, 80 • 10146 Torino • tel. 011-7720500 (r.a.) • fax 011-7720505 • info@seniorresidence.it • www.seniorresidence.it

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	 SENIOR RESIDENCE CARTELLA ACCOGLIENZA PAI INGRESSO (ai sensi della DGR 42/2008)	Cod. DSA 10
		Rev. 07
		Pagina 2 di 4

Intende partecipare alle attività		Altro	
-----------------------------------	--	-------	--

12) Segnalare i problemi emersi nel colloquio, ed i relativi interventi assistenziali da attuare nella prima fase:

12.1 l'ospite si presenta

			Osservazioni / Prescrizioni della Direzione Sanitaria
Deambulazione autonoma	Sì	NO	
in carrozzina	Sì	No	
Utilizzo di strumenti limitanti la deambulazione autonoma	Sì	No	
Arrivo in struttura allettato in ambulanza	Sì	No	
Arrivo in struttura in carrozzina	Sì	No	
Arrivo in struttura in auto deambulante	Sì	No	

12.2 il referente dichiara che

			Osservazioni / Prescrizioni della Direzione Sanitaria
Necessita di presidi	Sì	No	
Rischio cadute	Sì	No	
Necessita di aiuto per mangiare	Sì	No	
Dieta	Sì	No	
Ha PEG	Sì	No	
Necessita di aiuto per vestirsi	Sì	No	
Necessita di aiuto per lavarsi	Sì	No	
È incontinente urinario	Sì	No	
È incontinente fecale	Sì	No	
Stato psicofisico	Sì	No	
Atteggiamenti anticonservativi	Sì	No	
Allergie e intolleranze	Sì	No	

12.3 il referente, a causa dello stato psicofisico,

			Osservazioni / Prescrizioni della Direzione Sanitaria
Ha problemi di decadimento cognitivo/alzheimer	Sì	No	
La persona non ha cognizione dello spazio/tempo	Sì	No	
Dimentica i fatti			
Tende ad aprire le porte per uscire	Sì	No	
Riferisce precedenti tentativi di uscite incontrollate	Sì	No	
Riferisce precedenti episodi di uscite incontrollate	Sì	No	

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	 SENIOR RESIDENCE CARTELLA ACCOGLIENZA PAI INGRESSO (ai sensi della DGR 42/2008)	Cod. DSA 10
		Rev. 07
		Pagina 3 di 4

Presenta problemi di socializzazione, vita in comunità	Sì	No	
È in grado di capire dove si trova o andrà a vivere	Sì	No	

13. Valutazione rischio cadute. Fattori predisponenti presenti :

Età avanzata	Sì	NO	
Deficit sensoriali	Sì	No	
Deficit cognitivi	Sì	No	
Dipendenza nelle attività della vita quotidiana	Sì	No	
Incontinenza diurna e notturna	Sì	No	
Disturbi psico comportamentali reattivi	Sì	No	
Instabilità motoria e deficit dell'equilibrio	Sì	No	
Contesto di scarsa consapevolezza della malattia	Sì	No	
L'atto di deambulare o alzarsi in piedi rappresenta rischio di caduta	Sì	No	
Storia di cadute pregresse	Sì	No	
	Sì	No	
	Sì	No	
	Sì	No	

14. Valutazione rischio cadute: Soluzioni alternative da adottare in sostituzione ai mezzi di sicurezza non rimuovibili direttamente dall'interessato

			incaricati
Compagnia individuale	Sì	No	
Disponibilità all'ascolto	Sì	No	
Empatia e contatto	Sì	No	
Conforto	Sì	No	
Attività occupazionali	Sì	No	
Allontanamento dall'evento scatenante	Sì	No	
Tecniche di rilassamento	Sì	No	
Terapia al bisogno	Sì	No	

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	 SENIOR RESIDENCE CARTELLA ACCOGLIENZA PAI INGRESSO (ai sensi della DGR 42/2008)	Cod. DSA 10
		Rev. 07
		Pagina 4 di 4

15) Tipi di presidio da utilizzare

Letto abbassabile		Carrozzina	
Deambulatore		Cintura di sicurezza	
Trapezio		Tavolino da carrozzina	
Materasso antidecubito		Sponde al letto	
Cuscino antidecubito		Deambulatore	
Sollevapersona			
Altro		Nucleo Protetto	

16) Posture

--	--

17) Referenti

Altre figure coinvolte nella predisposizione del Piano Assistenziale Individuale P.A.I. Ingresso	CS/IP		Le informazioni sopra riferite sono state segnalate dalla persona individuata al p.to 18 e sottoscritte per conferma e completezza
	FT		
	PS		
	Tutor		
Camera assegnata			
Referente del Piano Assistenziale Individuale Dr. Ernesto Piccoli , Direttore Sanitario			

18) Dichiarazione di accettazione

Il/La sottoscritt* • Ospite • Tutore legale • Amministratore di sostegno • Parente delegato • Caregiver delegato Dichiar* che la Cartella Accoglienza con le eventuali misure di sicurezza adottate è stata redatta dal Medico D.S. sulla base delle informazioni da me rilasciate. Dichiar* altresì che sono stat* informat* ed edott* in merito a quanto sopra descritto e ne accetto ed approvo i contenuti Torino li.....	
---	--------------

Torino	Direttore Sanitario Dr. Ernesto Piccoli
--------	---