

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	 CARTELLA ACCOGLIENZA PAI INGRESSO	Cod. DSA 10
		Rev. 02
		Pagina 1 di 2

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

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE RESIDENZIALE del sig. / sig.ra			
Cognome		Nome	
Tutore Delegato		rapporto	

1) **Informazioni riferite:**

direttamente	si	no	Tramite ...
--------------	-----------	-----------	-------------

2) **Provenienza**

Nome altra struttura	Altro/casa	O solo	O con figli
	...	O con coniuge	O altro

3) **Dati sociali**

Coniugato	Vedovo	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?:**

SI: esprime consenso	Se NO
----------------------	-------

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	
Intende partecipare alle attività		Altro	

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	 CARTELLA ACCOGLIENZA PAI INGRESSO	Cod. DSA 10
		Rev. 02
		Pagina 2 di 2

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

			Osservazioni / Prescrizioni della Direzione Sanitaria
Deambulazione autonoma	Si	No	
E' in carrozzina	Si	No	
Allettato	Si	No	
Necessita di presidi	Si	No	
Rischio cadute	Si	No	
Necessita di aiuto per mangiare	Si	No	
Dieta	Si	No	
Ha il sondino NG o PEG	Si	No	
Necessita di aiuto per vestirsi	Si	No	
Necessita di aiuto per lavarsi	Si	No	
È incontinente urinario	Si	No	
È incontinente fecale	Si	No	
Stato psicofisico			
Ha difficoltà di comunicazione	Si	No	
Dimentica i fatti	Si	No	
Ha problemi di demenza/alzheimer	Si	No	
Tende a scappare	Si	No	
Atteggiamenti anticonservativi	Si	No	
Allergie e intolleranze			
Varie sanitarie			

13) Tipi di presidio da utilizzare

Letto alzheimer			Carrozzina		
Sponde			Cintura di sicurezza		
Trapezio			Comoda per W.C.		
Materasso antidecubito			Deambulatore		
Cuscino antidecubito			Sollevapersona		
Altro			altro		

14) Posture

--	--

15) Referenti

Altre figure coinvolte nella predisposizione del Piano Assistenziale Individuale P.A.I. Ingresso	CS/IP		Le informazioni sopra riferite sono state segnalate da Ospite / Tutore / Delegato e sottoscritte per conferma e completezza	
	FT			
	PS			
	Tutor			
Camera assegnata			Valutazioni effettuate il	
Referente del Piano Assistenziale Individuale Dr.ssa M. D'Agata, Direttore Sanitario				