



ALLEGATO B

SCHEDA DI SINTESI P.A.P. / PATTO CON L'UTENTE

PRESIDIO TERRITORIALE _____ **Assistente Sociale** _____

DATI DELL'ASSISTITO

Cognome..... Nome

Luogo e data di nascita residenza in

Via Tel.

C.F.

Persona o parente di riferimento

Luogo e data di nascita residenza in

Via Tel.

C.F.

Medico di Medicina Generale Tel.

DATI DELL'ASSISTENTE FAMILIARE

• *Care giver* familiare

• Assistente Familiare a pagamento esterno alla famiglia

DIAGNOSI CLINICA:

.....

PRINCIPALI PROBLEMATICHE SOCIO SANITARIE:

.....

.....

LIVELLO DI ISOGRAVITA'

VALORI MISURATI E FATTORI OSSERVABILI:

.....

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE:

.....

.....

.....

ATTIVITÀ E AZIONI DI CURA PREVISTE (tra quelle elencate all'art. 5 del Regolamento SdS):

- Cura delle operazioni per l'igiene personale quotidiana;
- cura delle operazioni periodiche di pulizia completa della persona;
- aiuto nell'alzata e messa a letto;
- aiuto o controllo nella preparazione e/o assunzione dei pasti;
- somministrazione dei pasti;
- assistenza ed aiuto nella deambulazione, mobilizzazione, vestizione e nella gestione delle altre attività quotidiane, anche avvalendosi degli ausili ritenuti opportuni;
- controllo e sorveglianza diurni e per il riposo notturno;
- attività per il mantenimento di idonee condizioni igienico sanitarie dell'ambiente di vita dell'anziano;
- prevenzione delle piaghe da decubito, anche avvalendosi degli ausili ritenuti opportuni;
- aiuto o controllo nell'espletamento delle normali attività quotidiane, sia all'interno dell'abitazione che in rapporto con l'esterno;
- attività per la prevenzione ed il mantenimento delle residue capacità psico-fisiche dell'anziano;
- collaborazione con il medico di medicina generale e con i servizi socio sanitari territoriali in riferimento allo stato di salute e di benessere dell'anziano, nonché per tutti quegli interventi e prestazioni domiciliari che si rendano necessari.

ALTRI INTERVENTI DOMICILIARI DI ASSISTENZA ATTIVI:

.....

.....

.....

AZIONI DI SUPPORTO E VERIFICHE PREVISTE:

.....

.....

.....

Proposta di Assegno di Cura mensile a favore dell'anziano di Euro (con importo definito nel Regolamento SdS) dal al

Luogo e data

Assistito/Parente

Coordinatore U.V.M.

A.S. Responsabile del PAP

.....

.....

.....

Io sottoscritto parente/caregiver familiare _____ mi impegno personalmente ad assolvere al compito di cura dell'anziano e a non avvalermi di personale privato non regolarizzato per l'assistenza dello stesso; a fornire le azioni di cura sopra specificate collaborando in modo attivo con gli operatori dei servizi socio sanitari territoriali, e in particolare con l'Assistente Sociale nella sua azione di sostegno e verifica.

Il caregiver
