

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):

.....

.....

.....

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.

.....

.....

.....

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
