



AUSL di PESCARA

RSA di

Recapiti

Percorso assistenziale condiviso tra AUSL Pescara e Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della Provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in Struttura Residenziale Assistenziale (RSA) Anziani/Disabili Adulti/Demenze e Struttura Protetta (RP) anziani e disabili

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

A seguito dell'autorizzazione UVM prot. n° effettuata dal Servizio competente dell'Area Distrettuale di in data/...../.....

SI COMUNICA CHE

il/la sig./ra nato/a (.....) il/...../..... e residente a (.....) in via è stata accolto/a in questa Struttura residenziale il giorno/...../..... per un periodo di giorni - in fascia 1° 2° 3°

proveniente da:

- Domicilio (con impegnativa del MMG)
- Struttura Ospedaliera Pubblica (con impegnativa del Medico Specialista)
- Struttura Ospedaliera Privata (con impegnativa del Responsabile del Distretto)

DIAGNOSI DI INGRESSO:

.....

BISOGNI RILEVATI E INTERVENTI ASSISTENZIALI:

RESPIRAZIONE		ALIMENTAZIONE	
Respirazione autonoma	<input type="checkbox"/>	Equilibrata	<input type="checkbox"/>
Problema:		Problema:	
Tosse – secrezioni	<input type="checkbox"/>	Carente	<input type="checkbox"/>
Difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/>	Disfagia – difficoltà a masticare	<input type="checkbox"/>
Portatore di tracheotomia	<input type="checkbox"/>	SNG – PEG – NPT	<input type="checkbox"/>
Altro:		Altro:	
Interventi assistenziali:		Interventi assistenziali:	
Intervento educativo	<input type="checkbox"/>	Consigli per dieta libera	<input type="checkbox"/>
Posizionamento posturale		Consulenza nutrizionale	<input type="checkbox"/>
Ossigeno terapia	<input type="checkbox"/>	Gestione N.E.	<input type="checkbox"/>
Aspirazione secreti	<input type="checkbox"/>	Gestione NPT	<input type="checkbox"/>
Gest. tracheo	<input type="checkbox"/>		

ELIMINAZIONE URINARIA		ELIMINAZIONE FECALE	
Normale	<input type="checkbox"/>	Normale/Autonoma	<input type="checkbox"/>
Problema:		Problema:	
Incontinenza	<input type="checkbox"/>	Stipsi	<input type="checkbox"/>
Ritenzione	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>
		Incontinente	<input type="checkbox"/>
		Stomia	<input type="checkbox"/>
Altro		Altro:	
Interventi assistenziali:		Interventi assistenziali:	
Intervento educativo	<input type="checkbox"/>	Intervento educativo	<input type="checkbox"/>
Condom – Pannolone	<input type="checkbox"/>	Ausili pannolone	<input type="checkbox"/>
Catetere a permanenza	<input type="checkbox"/>	Colonstomia – ileostomia	<input type="checkbox"/>
Urostomia	<input type="checkbox"/>	Clisteri evacuativi / terapeutici	<input type="checkbox"/>
		Rimozione fecalomi	<input type="checkbox"/>

DEAMB. MOBILIZ		SICUR PSICOFISICA	
Autonoma	<input type="checkbox"/>	Orientata e collaborante	<input type="checkbox"/>
Problema:		Problema:	
Diff. alla deambulazione	<input type="checkbox"/>	Orientata e non collaborante	<input type="checkbox"/>
Allettata	<input type="checkbox"/>	Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Disorientata	<input type="checkbox"/>
		Difficoltà linguaggio	<input type="checkbox"/>
Altro:		Altro:	
Interventi assistenziali:		Interventi assistenziali:	
Intervento educativo	<input type="checkbox"/>	Intervento educativo	<input type="checkbox"/>
Ausili bastone – girello – carrozzina	<input type="checkbox"/>	Uso di terapie	<input type="checkbox"/>
Deambulazione assistita	<input type="checkbox"/>	Uso di mezzi di protezione/ contenzione	<input type="checkbox"/>
Traslazione letto – carrozzina	<input type="checkbox"/>	Logopedista	<input type="checkbox"/>
Mobilizzazione passiva a letto	<input type="checkbox"/>	Intervento relazionale esterno	<input type="checkbox"/>

INTEGRITA' CUTANEA		CURA DEL CORPO	
Integra	<input type="checkbox"/>	Autonoma	<input type="checkbox"/>
Problema:		Problema:	
Presenza di ferite chir. – drenaggi	<input type="checkbox"/>	Parzialmente dipendente	<input type="checkbox"/>
Presenza l.d.d. – 1°/2° stadio ustioni	<input type="checkbox"/>	Obbligato a letto	<input type="checkbox"/>
Presenza l.d.d. – 3°/4° stadio ustioni	<input type="checkbox"/>		
Altro:		Altro:	
Interventi assistenziali:		Interventi assistenziali:	
Controllo cutaneo sistematico	<input type="checkbox"/>	Intervento educativo	<input type="checkbox"/>
Ausili antidecubito	<input type="checkbox"/>	Cambio biancheria indumenti	<input type="checkbox"/>
Cambio postura a orario	<input type="checkbox"/>	Cure igieniche parziali a letto	<input type="checkbox"/>
Med. Drenaggi – ferite chirurg.	<input type="checkbox"/>	Aiuto cure igieniche in bagno	<input type="checkbox"/>
Med. l.d.d. – ustioni – ulcere – fistole	<input type="checkbox"/>	Cure igieniche totali a letto	<input type="checkbox"/>

SONNO VEGLIA			
Dorme	<input type="checkbox"/>		
Problema:			
Insomnia – induzione difficile	<input type="checkbox"/>		
Risvegli frequenti	<input type="checkbox"/>		
Altro:			
Interventi assistenziali:			
Educazione sanitaria	<input type="checkbox"/>		
Uso di terapie	<input type="checkbox"/>		

Il Dirigente Medico