

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p>MODULO</p> <p>SERVIZIO RIABILITAZIONE/ASSISTENZA DOMICILIARE</p>	<p>M/P07/02 Rev. 2 Pag. 1/3</p>
<p>Dipartimento Salute emntale e Dipendenza Patologiche</p>		

Spettabile Cooperativa/Ditta _____

Cognome.....Nome.....

Nato/a a.....il.....residente a.....

In Via..... tel.....

Codice Fiscale.....M.M.G.....

PARENTI CONVIVENTI

Nome	Parentela	Professione

Altro referente:
.....tel.....

Operatore referente del CSM

In carico al CSM dal.....

Profilo diagnostico e riabilitativo Vedere scheda PARI

Autonomia del paziente Vedere scheda PARI

Finalità Vedere scheda PARI

Durata e modalità del progetto _____

PROGETTO RIABILITATIVO ASSISTENZIALE DOMICILIARE Coerente a BDS

- Attivazione piano di lavoro
- Variazione piano di lavoro

OPERATORE RICHIESTO:

- OSS
- Educatore Professionale

relativo al Sig.re/Sig.ra _____ a decorrere dal _____

PRESTAZIONI-AZIONI (spuntare quelle concordate e necessarie):

- 1) Alzata e riordino della stanza
- 2) Igiene personale
- 3) Ri Abilitazione-Abilitazione di generale economia domestica
- 4) Bagno e riordino
- 5) Governo ordinario della casa
- 6) Facilitazione e responsabilizzazione assunzione autonoma terapie, Controllo/assunzione farmaci
- 7) Ri Abilitazione- Abilitazione performance spesa e preparazione autonoma pasti
- 8) Implementazione comportamenti di vita salubri
- 9) Sviluppo autonomia Accompagnamento e/o Segretariato sociale (pratiche, bollette, pensione, ecc..)
- 10) Sviluppo autonomia Accompagnamento e/o Segretariato sanitario (ricette mediche, farmacia, ecc)
- 11) Accompagnamento e sviluppo autonomia per impegni vari presso presidi /visite mediche
- 12) Partecipazione attività ludico ricreative culturali e socializzazione nella comunità
- 13) Sostegno e monitoraggio
- 14) Supporto sul piano comunicativo e relazionale
- 15) Sostegno sulle relazioni familiari
- 16)
- 17)
- 18)
- 19)
- 20)

Altro _____

Frequenza delle prestazioni (es. giornaliera o settimanale): da definirsi nel piano di lavoro concordato con la Cooperativa e Servizio referente

FASCIA ORARIA PREFERITA

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Mattino							
Pomeriggio							

Data presentazione della domanda.....

PROGETTUALITA' DEFINITA IN BDS in data..... **si **no****

Il Responsabile del Progetto

L'Assistente Sociale

.....

.....

Firma della Persona in Cura

.....

Direttore CSM

.....