

Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato

PTRI

CARTELLA CLINICA N. _____ Anno Primo Contatto _____

COGNOME _____ NOME _____

DATI GENERALI

CODICE UTENTE _____ ESENZIONE TICKET ☐ SI ☐ NO

CODICE FISCALE _____

Sesso: ☒ MF Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Comune di residenza _____

Aggiornamento _____

Comune Domicilio _____

Via _____ Telefono _____

Aggiornamento Comune Domicilio _____

Via _____ Telefono _____

1° Familiare riferimento _____

Recapito _____ Telefono _____

2° Familiare riferimento _____

Recapito _____ Telefono _____

Medico di Medicina Generale Dott. _____ Tel. _____

Aggiornamento M.M.G. Dott. _____ Tel. _____

Assistente Sociale Comune _____ Tel. _____

Aggiornamento Sociale Comune _____ Tel. _____

Firmato Dott. _____

0.0.2. Operatori di riferimento:

0.0.2.1 Medico _____

0.0.2.2 Psicologo _____

Estratto cartella sanitaria: PTRI per UVM - BDS

0.0.2.3 Ass. Soc. _____

0.0.2.4 Case Manager _____

0.0.2.4 Inf. di supporto _____

0.0.2.5 Operatore Priv. Sociale _____

0.0.2.6 Altro _____

Comune di Operatore Riferimento.....

INFORMAZIONI GENERALI (A cura della equipe che ha in carico l'utente)

Data: ____/____/____ Firmato per l'equipe _____

1.2.1. Stato Civile 1.2.2. Celibe/Nubile ☐ 1.2.3. Coniugato/a- Convivente ☐ 1.2.4. Separato/a – Divorziato ☐ 1.2.5. Vedovo/a ☐ <u>Aggiornamento:</u> Codice _____ Data ____/____/____ Firma _____	1.3.1. Figli 1.3.2. SI ☐ 1.3.3. NO ☐ <u>Aggiornamento:</u> Codice _____ Data ____/____/____ Firma _____ <u>Aggiornamento:</u> Codice _____ Data ____/____/____ Firma _____
--	---

1.4.1. Condizione Abitativa 1.4.2. In Solitudine ☐ 1.4.3. Famiglia Origine ☐ 1.4.4. Famiglia Coniugale ☐ 1.4.5. Altri Parenti ☐ 1.4.6. Amici ☐ 1.4.7. In Pensionato ☐	1.4.8. Appartamento ☐ 1.4.9. Autogestito ☐ 1.4.10. Comunità Semiprotetta ☐ 1.4.11. Comunità Protetta ☐ 1.4.12. RSA ☐ 1.4.13. Istituto di ricovero ☐ 1.4.14. Casa di Riposo ☐	<u>Aggiornamento:</u> Codice _____ Data ____/____/____ Firma _____ <u>Aggiornamento:</u> Codice _____ Data ____/____/____ Firma _____.
--	---	---

1.5.1. Scolarità 1.5.2. Analfabeta ☐ 1.5.3. Scuole elementari ☐	1.5.4. Diploma Scuola Media Inf ☐ 1.5.5. Diploma Scuola Media Sup o Istit Profess. ☐ 1.5.6. Laurea ☐
--	---

1.6.1. Occupazione 1.6.2. Occupato/a ☐ 1.6.3. Disoccupato/a ☐ 1.6.4. Studente ☐ 1.6.5. Pensionato/a Civile ☐ 1.6.6. Pensionato/a Invalidità ☐ 1.6.7. Inabilitato/a ☐ 1.6.8. Interdetto ☐ <u>Aggiornamento:</u> Codice _____ Data ____/____/____ Firma _____	1.7.1. se Occupato/a 1.7.2. Libero/a Professionista ☐ 1.7.3. Dirigente/Insegnante ☐ 1.7.4. Dipendente ☐ 1.7.5. Agricoltore ☐ 1.7.6. Artigiano/a ☐ 1.7.7. Casalinga/o ☐ <u>Aggiornamento:</u> Codice _____ Data ____/____/____ Firma _____
--	--

RILEVAZIONE DEI BISOGNI

Cosa riferisce la persona appena giunta al CSM

Problemi evidenziati dall'operatore

Bisogni riportati dalla persona

Bisogni rilevati dall'operatore

Composizione nucleo familiare:

_____	Età _____
_____	Età _____
_____	Età _____
_____	Età _____
_____	Età _____

Famigliari a carico ☐ NO _____
☐ SI _____

Cura dei figli: ☐ Autonomo ☐ Con supporto ☐ **NON** autonomo

Se **NON** autonomo segnalazione ☐ NO
☐ SI
☐ Tribunale Minori
☐ Servizio Sociale Comune
☐ Consultorio Familiare

Abitazione : ☐ Di proprietà
☐ In affitto € _____ mensili
☐ Edilizia popolare € _____ mensili
☐ Uso gratuito/usufr./conviv

Estratto cartella sanitaria: PTRI per UVM - BDS

Invalidità _____% tipo invalidità _____

Iscr. liste spec. Ufficio C. ☐ **Si** dal _____
 ☐ **No**

Usufruzione Legge 68/99 ☐ **Si** dal _____
 ☐ **No**

Esito proc. L. 68/99 _____

Inabilitazione ☐ **No**
 ☐ **Si** Curatore _____ tel. _____

Interdizione ☐ **No**
 ☐ **Si** Tutore _____
tel. _____

Amm. Sostegno ☐ **No**
 ☐ **Si** _____ tel. _____

Eventuali pendenze legali o penali

Descrizione eventuali misure alternative

SITUAZIONE SOCIO-ECONOMICA

Reddito personale € _____ annuo

Eventuali Proprietà _____

Fam. Lavoratori _____

Mutui/prestiti/debiti _____

Civilmente obbligati 1. _____
 2. _____
 2. _____
 3. _____

Contributi Economici e/o in natura

Estratto cartella sanitaria: PTRI per UVM - BDS

- | | |
|--|-----------------------------|
| ☐ Continuativo dal S.S.C. | € _____ mensili |
| ☐ Una tantum dal S.S.C. | € _____ Data ____/____/____ |
| ☐ Dalla famiglia/rete sociale | € _____ mensili |
| ☐ Dal volontariato _____ | € _____ mensili |
| ☐ Altro _____ | € _____ mensili |

Occupato ☐ **Si** dal ____/____/____
☐ **No**

Ins. Lav. protetti ☐ **Si** dal ____/____/____
☐ **No**

Curriculum vitae

1.	_____	dal	____/____/____	al	____/____/____
2.	_____	dal	____/____/____	al	____/____/____
3.	_____	dal	____/____/____	al	____/____/____
4.	_____	dal	____/____/____	al	____/____/____
5.	_____	dal	____/____/____	al	____/____/____

Gestione denaro ☐ Personale
☐ Delegata modalità _____
Referente: _____

Ultima occupazione _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

Autonomia di spostamenti ☐ Sufficiente ☐ Insufficiente
Patente ☐ Si ☐ No
Automobile ☐ Si ☐ No
Mezzi pubblici _____

Eventuali interessi

Relazioni amicali

1.	_____	Tel.	_____
2.	_____	Tel.	_____
3.	_____	Tel.	_____

Frequenziazione gruppi/organizzazioni

_____	Tel.	_____
_____	Tel.	_____

**ACCORDO PRELIMINARE
PER IL PROGRAMMA TERAPEUTICO RIABILITATIVO PRESSO CSM**

Il Centro di Salute Mentale
concorda con

il/la sig./sig.ra _____

il seguente programma terapeutico - riabilitativo

OBIETTIVI DEL PROGETTO PROVVISORIO

IL C.S.M. SI IMPEGNA

LA PERSONA SI IMPEGNA

COINVOLGIMENTO DI TERZI

1. _____ (_____)
2. _____ (_____)
3. _____ (_____)

TEMPI: _____ verifiche ogni _____ mesi

ALTRI ELEMENTI

Il Medico Referente _____
Il Beneficiario _____
Il Case Manager _____
L'Assistente Sociale _____
Altri _____

Data ____/____/____

Diagnosi FUNZIONALE Provvisoria
(descrittiva di indirizzo)

Data __/__/__	Firma del Medico _____

Diagnosi

*Da compilarsi entro tre mesi dalla data di diagnosi provvisoria
(segnare con X la casella corrispondente)*

Diagnosi secondo i macrogruppi sistema ICD 10	Diagnosi Primaria	Diagn. Secondaria
Sindr. e Dist. Psich. Nat Org.	FOO-F09	FOO-F09
Sindr. e Dist. Psich. e Comp. per uso Sost. Psicoattive	FIO-F19	FIO-F19
Schizofrenia: Sindr. Schiz. - Sindr. Delir	F20-F29	F20-F29
Sindromi Affettive	F30-F39	F30-F39
Sindr. Nev. da Stress Somatoformi	F40-F48	F40-F48
Sindr. Dist. Comp. con Alt. Funz. Fisiol. Fatt.	F50-F59	F50-F59
Dist. Personalità e Comp. dell'Adulto	F60-F69	F60-F69
Ritardo Mentale	F70-F79	F70-F79
Sindr. Dist Alterato Svil. Psich.	F80-F89	F80-F89
Sindr. Dist Comp. Emoz. con Esord Infanz. Adol.	F90-F98	F90-F98
Altra Diagnosi (cercare ed inserire codice ICD10)		

Data __/__/__	Firma del Medico _____
---------------	------------------------

Aggiornamento Diagnosi: Data __/__/__ Codice ICD10 _____ Firma del Medico _____

SCALE DI VALUTAZIONE

ALLEGATA	HONoS	SI	NO
ALLEGATA	WHOQOL	SI	NO
ALLEGATA	BPRS	SI	NO

A cura dello Psicologo/a e Psicoterapeuta

Problema Psicologico presentato dall' utente (inserire sempre data e firma)
PROFILO PSICOLOGICO(inserire sempre data e firma)
PROGRAMMA PSICOTERAPICO (inserire sempre data e firma)
Elementi Anamnestici Rilevanti (inserire sempre data e firma)
Test psicodiagnostici e Sintesi della Elaborazione (inserire sempre data e firma)

A CURA DEL MEDICO

Eventuali note cliniche generali

Anamnesi remota psichiatrica o raccordo anamnestico

Eventuali patologie concomitanti e note particolari

Eventuali patologie concomitanti e farmaci assunti

Note

Data __/__/__

Firma del Medico _____

Quadro riassuntivo generale degli interventi terapeutici

Finalità dell'intervento

- ☐ prevalentemente preventivo
- ☐ prevalentemente terapeutico riabilitativo
- ☐ prevalentemente socio-assistenziale
- ☐ psicoterapico
- ☐ Implementazione Abilità

Obiettivi Intervento

- ☐ miglioramento quadro psicopatologico
- ☐ miglioramento dei rapporti familiari
- ☐ miglioramento del comportamento, relazioni sociali, lavoro
 - ☐ contenimento sintomatologia
 - ☐ stabilizzazione quadro clinico
- ☐ intervento in urgenza

Descrizione dell'intervento Psico Socio Riabilitativo _____

UVM

☐ SI (DATA.....)

☐ NO

Servizi/soggetti proposti per costruzione integrata del Progetto

Barrare	Attori progetto	Note
	UO CSM	
	Ente Locale	
	MMG	
	Privato Sociale	
	Amministratore di Sostegno	
	UO Riabilitazione	
	UO DP SerT/Alcologia	
	Volontariato/Associazioni	
	Altri servizi sanitari/distretto	
	Altri soggetti del territorio	
	Familiari	
	Amici/persone significative	
	Altri	
	Paziente	

PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO

Data __/__/__

Obiettivo generale

Asse casa _____

Asse lavoro _____

Asse socialità _____

Obiettivi specifici

Casa 1 _____

2 _____

3 _____

Lavoro

4 _____

5 _____

6 _____

Socialità

7 _____

8 _____

9 _____

Figure Professionali Presenti

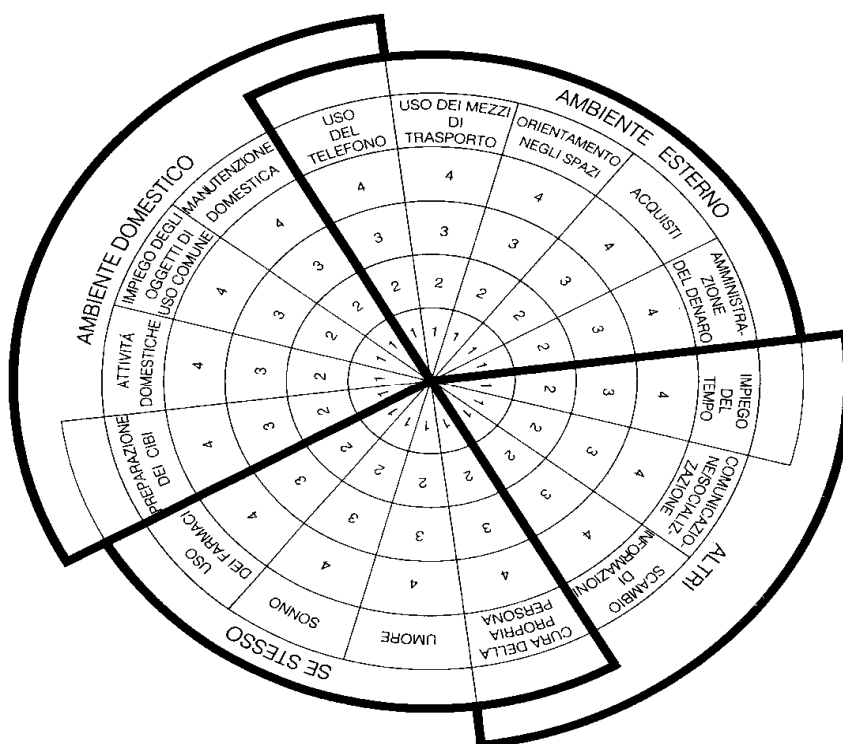
Estratto cartella sanitaria: PTRI per UVM - BDS

Si allegano:

1. SCHEDA PER INSERIMENTO/TIROCCINIO LAVORATIVO/IPS
2. SCHEDA VALUTAZIONE INTERMEDIA INSERIMENTO
3. SCHEDA VALUTAZIONE FINALE ESITO INSERIMENTO LAVORATIVO
4. PTRI Valutazione a sei mesi e successive
 - a. HONoS
 - b. WHOQOL
 - c. BPRS
- d. GRIGLIA AREE CRITICITA' unire i punti e definire l'area di problematicità

(segnare il punteggio per ogni item: 1=Nulla, 2=Scarso, 3=Sufficiente, 4=Buono.

SCALA ITALIANA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DI VITA



La scala deve essere compilata in base alle informazioni raccolte sia dall'intervista del paziente, sia dal colloquio con i familiari, gli amici o il personale che lo assiste.
Il giudizio deve basarsi sullo stato del paziente, al momento della visita o alla settimana precedente.

Punteggio totale _____

Data ____/____/____

Firma _____