



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Progetto Riabilitativo Individuale

Nome :

Cognome:

Data di nascita:

Domicilio:

Data di attivazione del Budget di Salute:

Tipologia di Budget di Salute Attivata :

BASSA (7h/settimanali):

MEDIA (specificare):

VARIABILE (specificare):

- **OBIETTIVI GENERALI: INDIVIDUATI DAL CSM.Az USL IMOLA INVIANTE**

■

- OBIETTIVI SPECIFICI: OBIETTIVI DI LAVORO individuati e negoziati tra le equipe e utente
-
- AREE DI INTERVENTO:
-
- INTERVENTI RIABILITATIVI: (specificare gli interventi previsti, le modalità di realizzazione e la frequenza)
-
- DATA DI VERIFICA: (6 mesi)

FIRME:

EDUCATORE DI RIFERIMENTO:

COORDINATORE:

CSM- Az. USL DI IMOLA – MEDICO PSICHIATRA CSM:

CASE MANAGER:

CITTADINO UTENTE:

FAMILIARI E/O PERSONE SIGNIFICATIVE:

NOTE:

VERIFICA:

OSSERVAZIONE:

- OBIETTIVI GENERALI: INDIVIDUATI DAL CSM.Az USL IMOLA INVIANTE

-

-

-

-

-

- OBIETTIVI SPECIFICI: OBIETTIVI DI LAVORO individuati e negoziati tra le equipe e utente

- **INDICATORI**

- **AREE DI INTERVENTO SU CUI SI DECIDE DI INTERVENIRE:**

-

-

-

- INTERVENTI RIABILITATIVI (specificare gli interventi previsti e le modalità di realizzazione e la frequenza) .

-
-
-

DATA DI VERIFICA:

FIRME:

EDUCATORE DI RIFERIMENTO:

COORDINATORE:

CSM- Az. USL DI IMOLA – MEDICO PSICHIATRA CSM:

CASE MANAGER:

CITTADINO UTENTE:

FAMILIARI E/O PERSONE SIGNIFICATIVE:

NOTE: