

**PIANO PERSONALIZZATO BUONO SOCIO-SANITARIO REDATTO DAL MEDICO CURANTE**

Il sottoscritto Medico di Medicina Generale Dott.re \_\_\_\_\_  
 Cod. Reg. \_\_\_\_\_ ambulatorio Via \_\_\_\_\_  
 Tel./cell \_\_\_\_\_ sulla scorta della documentazione sanitaria in atti ed  
 acquisita e sulla base della visita medica da me effettuata in data odierna, certifica che:

l'assistito (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ es. ticket \_\_\_\_\_  
 nato il \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tes.san. \_\_\_\_\_

Cenni anamnestici sui problemi cronici pregressi ed in atto:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trattamenti in atto:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Non è autosufficiente per quanto riferito alle seguenti patologie (indicare almeno tre patologie principali)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e sulla scorta delle scale di valutazione ADL e IADL costruite in base alle risposte fornite dall'assistito si  
 definisce il grado di **non auto sufficienza**: **medio-lieve**  **medio-grave**

Necessita della realizzazione del seguente programma socio-sanitario personalizzato:

- igiene personale quotidiana;
- governo ed igiene dell'alloggio;
- aiuto alla persona nell'alzata e messa a letto, preparazione ed assunzione pasti, deambulazione, attività quotidiane;
- disbrigo pratiche ed accompagnamento per visite mediche o attività riabilitativa;
- prevenzione piaghe da decubito;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- assistenza riabilitativa;
- assistenza specialistica;
- attività di stimolo delle residue capacità psico-fisiche.

Altro: \_\_\_\_\_

Per la realizzazione del presente Piano Personalizzato il familiare o Persona di riferimento  
 è \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
 Cellulare \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Il Medico Curante

Dott.re \_\_\_\_\_

**Autosufficienza: (risponde l'assistito)**

- A) Non è in grado di svolgere le azioni da solo  
 B) Svolge le azioni con aiuto continuo o saltuario  
 C) Indipendente, svolge le attività da solo

ADL	A	B	C
Mangiare (incluso tagliare una bistecca di carne)	0	5	10
Vestirsi (incluso infilarsi le scarpe ed allacciarsi i lacci)	0	5	10
Toilette personale (lavarsi la faccia,pettinarsi,farsi la barba,pulirsi i denti)	0	0	5
Fare il bagno o la doccia	0	0	5
Controllo defecazione	0	5	10
Controllo minzione	0	5	10
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare (include il sedersi sul letto)	0	10	15
Montare e scendere dal Wc (maneggiare i vestiti, asciugarsi, aprire i rubinetti)	0	5	10
Camminare in piano	0	10	15
Salire e scendere le scale	0	5	10

**Punteggio Totale** \_\_\_\_\_

**Chi aiuta il paziente nelle attività che ha detto di non poter svolgere da solo ?**

Risponde l'assistito; indicare non più di tre fornitori di aiuto graduandoli da 1 a 3

	Chi aiuta	Quanti giorni a settimana	Quante ore al giorno
Marito/Moglie			
Altro familiare			
Vicino di casa / amico			
Persona a pagamento			
Personale ASL			
Personale comune			
Personale volontario			
Altro, specificare _____			

**Autosufficienza: (Valutazione del Medico sulla base delle risposte dell'assistito)**

IADL	NO	SI
Usare il telefono		
Fare acquisti – fare la spesa		
Gestione del denaro		
Assunzione di medicinali		
Uso dei mezzi di trasporto		
Pulizia della biancheria		
Governare la casa		
Preparare il cibo		
<b>Totale 0/8</b>		

timbro e firma

**Il Medico Valutatore Dott.re** \_\_\_\_\_