


 Residenza Protetta Anziani (R3-R3D)
 "MADONNA DELLA VITA"

Cod. ROG26-33/2.3 Rev.02 del 30.06.2025

PIANO INDIVIDUALIZZATO PRESTAZIONI PAI

UTENTE: _____

ANNO _____

N° progr. _____

PRESTAZIONE	CADENZA	Altra cadenza	TEMPISTICA			Altra tempistica	Fig. prof.li		N. Op
<input type="checkbox"/> Rilevazione parametri vitali	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Terapia farmacologica	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Colaz.	<input type="checkbox"/> Pranz.	<input type="checkbox"/> Cena		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Assistenza terapia autonoma	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Colaz.	<input type="checkbox"/> Pranz.	<input type="checkbox"/> Cena		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Gestione Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Gestione Presidi Medici (cateteri, ecc.)	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Gestione Protesi	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Medicazioni ferite	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Medicazioni da lesioni da decubito	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Mobilità assistita <input type="checkbox"/> Con ausili <input type="checkbox"/> Senza	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Mobilizzazione-Cambio postura	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> 1 ora	<input type="checkbox"/> 2 ore	<input type="checkbox"/> 3 ore		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Deambulazione assistita	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Assistenza nell'assunzione pasti	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Imboccamento assunzione pasti	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Idratazione assistita	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Dieta speciale (Celiachia-Intolleranze)	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEJ <input type="checkbox"/> NPT	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Assistenza cura e igiene personale	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Bagno assistito: <input type="checkbox"/> Comoda <input type="checkbox"/> Lettino	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Igiene cavo orale	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Barba/taglio unghie/Lavaggio capelli	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Accompagnamento WC	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Cambio pannolone	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Svuotamento catetere urine	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Monitoraggio evacuazione urinaria	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Monitoraggio evacuazione fecale	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Vestizione/Svestizione	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Inventario corredo personale	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Assistenza alzata/messa a letto	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Riposo pomeridiano: <input type="checkbox"/> Letto <input type="checkbox"/> Divano	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Contenzione <input type="checkbox"/> Letto-sponde <input type="checkbox"/> Sedia	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Assistenza/Sorveglianza notturna	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> 30 m	<input type="checkbox"/> 1 ora	<input type="checkbox"/> 2 ore		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Attività occupazionale	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Accompagnamento fuori struttura	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Ed.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set.		<input type="checkbox"/> Mat.	<input type="checkbox"/> Pom.	<input type="checkbox"/> Notte		<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> OSS	

Note: _____

DATA _____

REFERENTE-TUTOR _____

FIRMA _____

NOTA: numerare progressivamente ogni scheda e archiviare le schede cronologicamente in un unico plico per ogni singolo anno.