


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

RG.33/2.5 -Rev. 01 del 30.06.2024

**SCHEDA MONITORAGGIO OBIETTIVI P.A.I.**

UTENTE: \_\_\_\_\_

PAI N° \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

N° progr. \_\_\_\_\_

MODULO	INDICATORE D'ESITO	MESI											
		1	sigla	2	sigla	3	sigla	4	sigla	5	sigla	6	sigla
1. Modulo CLINICO-TERAPEUTICO	<input type="checkbox"/> Obiettivi generali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Errori terapia	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
	<input type="checkbox"/> Eventi avversi	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
	<input type="checkbox"/> Ricoveri in PS	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
2. Modulo MOBILITA'	<input type="checkbox"/> Obiettivi generali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Cadute	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
	<input type="checkbox"/> Cadute Ricoveri in PS	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
3. Modulo INTEGRITA' CUTANEA	<input type="checkbox"/> Obiettivi generali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Lesioni da decubito	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
	<input type="checkbox"/> Infezioni cutanee	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
4. Modulo NUTRIZIONE	<input type="checkbox"/> Obiettivi generali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Malnutrizione	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
	<input type="checkbox"/> Disidratazione	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
	<input type="checkbox"/> Ostruzione	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
5. Modulo ELIMINAZIONE	<input type="checkbox"/> Obiettivi generali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Infezioni urinarie	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
	<input type="checkbox"/> Stipsi	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
6. Modulo PSICO COGNITIVO	<input type="checkbox"/> Obiettivi generali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Aggressività	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
	<input type="checkbox"/> Autolesionismo	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
7. Modulo IGIENE-ABBIGLIAMENTO	<input type="checkbox"/> Obiettivi generali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Allergie	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
	<input type="checkbox"/> Infezioni	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
8. Modulo SERVIZI IGIENICI	<input type="checkbox"/> Obiettivi generali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Incidenti/cadute	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
9. Modulo SONNO/VEGLIA	<input type="checkbox"/> Obiettivi generali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Insonnia-disturbo	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
	<input type="checkbox"/> Cadute dal letto	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
10. Modulo COMUNICAZIONE	<input type="checkbox"/> Obiettivi generali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Progressi comunicazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
11. Modulo PARTECIPAZIONE	<input type="checkbox"/> Obiettivi generali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Partecipazione eventi	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
12. Modulo DEMENZA	<input type="checkbox"/> Obiettivi generali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Test Screening Demenza	N°		N°		N°		N°		N°		N°	

**NOTA:** archiviare le schede di monitoraggio per numero progressivo in un unico plico per ogni singolo anno.