



**DISTRETTO SANITARIO DI CAMPOBASSO/ISERNIA/TERMOLI**

**MODULO B/0 da compilare a carico del Distretto Sanitario di Residenza del PZ  
Per la presa in carico del PAZIENTE in tipologia assistenziale RSA "R1" ed "R2" in base al  
P.A.I.**

**DATI RELATIVI al PAZIENTE**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO (residenza) \_\_\_\_\_

DISTRETTO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

DATA di INGRESSO in Struttura \_\_\_\_\_

Piano Assistenziale Individuale redatto SI  NO

PRESENZA CRITERI di ELEGGIBILITA' PER RSA "R1"  RSA "R2"

DATA di DIMISSIONE (presunta) \_\_\_\_\_

**Piano Assistenziale Individualizzato del paziente (P.R.I.)**

Nel piano assistenziale individualizzato del paziente deve essere declinato il bisogno assistenziale del paziente compreso il progetto riabilitativo del paziente e gli ausili, farmaci, protesi, necessarie durante la degenza del paziente presso la RSA "R1", "R2" e, in base a quanto previsto dal DCA n. 48 del 29/04/2019.

Il Distretto Sanitario del territorio di residenza dell'assistito dovrà provvedere alla fornitura di essi, secondo art.11 3 17 del D.P.C.M. del 12.01.2017, durante tutta la degenza presso la Struttura identificata

Pertanto nel P.R.I. sono stati richiesti

FARMACI SI  NO  OSSIGENO SI  NO

AUSILI PROTESICI SI  NO  MEDICAZIONI AVANZATE SI  NO

N.A. SI  NO  di che tipo: PARENTERALE  ENTERALE(PEG)  per OS

OTLT SI  NO  Ventilazione Invasiva

**Il Direttore del Distretto Sanitario  
di Residenza del Paziente**