



ASL
CITTÀ DI TORINO

**S.C. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
TERRITORIALE**

Via Monginevro, 130- 10141 Torino-Tel.011/70954608
email: segreteria@ascittaditorino.it
Via Montanaro, 60 -10154 Torino-Tel.011/2402510
email: fiisidomiciliare@ascittaditorino.it
Via Pacchiotti, 4 -10146 -Torino-Tel.011/4395752

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE**

Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I. 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 - 10128 Torino
011/5661566

Progetto Riabilitativo Individuale(PRI)

Anagrafica		Data e Luogo di nascita	
Cognome e Nome		C.F.	
Indirizzo e telefono		ASL di residenza	
Care giver e telefono:			
Attuale collocazione paziente (specificare e barrare a lato)		In trattamento riabilitativo <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Anamnesi significativa ed esame funzionale (comprensiva del grado di autonomia e del bisogno assistenziale pre evento attuale)		<input type="checkbox"/> Lungodegenza <input type="checkbox"/> CAVS <input type="checkbox"/> DH Riab. <input type="checkbox"/> Ambul. RRF <input type="checkbox"/> Resid. socio-sanit. <input type="checkbox"/> Domicilio	
		COD ESEZIONE	
Cute: decubiti <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) Respirazione: <input type="checkbox"/> Spont. <input type="checkbox"/> Cannula <input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> V.mecc Alimentazione <input type="checkbox"/> Os <input type="checkbox"/> Sondino <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> CVC Catetere vesc. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) Gessi, valve, FEA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) Carico <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parziale Dialisi <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Altro (compresi i farmaci):		Cura di sé Controllo sfinterico Controllo del tronco Mobilità a letto Mobilità nei trasferimenti Cammino Comunicazione Collabor./partecipaz. Toll. al tratt. riab. Altro: <input type="checkbox"/> Barthel Index attuale = /100	
Ausili (in uso) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) Problematiche sociali : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare)			
Diagnosi Principale e Secondarie (influenzanti la disabilità ed obbligatorie)			
ICD9CM(princip.) ICD9CM(second.) ICD9CM(second.) Cod Dis 1 - 6 : <input type="checkbox"/>		Bisogni clinico-internistici: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti Bisogni assistenziali: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti Bisogni riabilitativi: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti	
Sintesi del progetto riabilitativo		Setting appropriato di destinazione <input type="checkbox"/> Cure domiciliari Riabilitative <input type="checkbox"/> Lungodegenza <input type="checkbox"/> Cod. 56 II livello <input type="checkbox"/> Cod. 56 I livello <input type="checkbox"/> DH Riab. <input type="checkbox"/> Ambulatorio RRF <input type="checkbox"/> Resid. socio-sanit. <input type="checkbox"/> Tempo pieno ex art. 26 Data prevista per un eventuale cambio di setting e relative indicazioni:	
Obiettivi per funzioni Da raggiungere a breve termine Da raggiungere a medio termine Professionisti coinvolti, numero e frequenza dei trattamenti <input type="checkbox"/> Fisioterapista <input type="checkbox"/> Logopedista Tempi previsti per la realizzazione.....		Note	
Gradiente di modificabilità della disabilità (Prognosi funzionale): <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti			
DATA: / /		Medico redattore del PRI	
		Nome:	
		e-mail:	
CODICI PRESTAZIONI			
<input type="checkbox"/> 897.1 FK100 <input type="checkbox"/> 89.7 FK1		<input type="checkbox"/> 89.01 FK2 <input type="checkbox"/> 99.03 FK16 <input type="checkbox"/> 93.01.7 FK500	

timbro e firma leggibile

Telefono

Fax

La scheda deve essere compilata ad ogni cambio di setting riabilitativo o di soggetto erogatore da parte del fisiatra: copia per il proponente, per il pz o la struttura ospitante, per struttura destinataria, per l'RRF di residenza