CONDIZIONI CLINICHE DELL'ASSISTITO (evitare l'uso di **acronimi)**

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (definire il **tipo** e la **frequenza** di prestazioni clinico-assistenziali appropriate al caso ed **eseguite in prima persona**, con o senza l'assistenza di altre figure sanitarie. Tali interventi devono essere documentati nel **diario clinico** domiciliare.

OBIETTIVI DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA

Altre figure professionali coinvolte			
Infermiere	Fisioterapista	Assistente sociale	Specialista

Data di attivazione:	**Data di scadenza:**
Firma del Medico proponente	
Firma del ROAD	