

DIREZIONE SANITA' E WELFARE REGIONE PIEMONTE	SCHEDA DI PROPOSTA INSERIMENTO DA PARTE DEL MMG	N°3 PAG REV. 0
---	--	---------------------------

Alla cortese attenzione del..... (CSM/Servizio Dipendenze dell'ASL.....)

Si inoltra la Scheda di Proposta Inserimento in posto letto psichiatrico territoriale per il paziente indicato di seguito.

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
COMUNE DI RESIDENZA	
CF/ cod. STP	
N° TELEFONO	
FAMIGLIARE DI RIFERIMENTO	
TEL FAMIGLIARE DI RIFERIMENTO	
TUTORE/ADS	
TEL TUTORE/ADS	

DATI DEL MMG COMPILATORE

NOME E COGNOME
ASL
TELEFONO
MAIL

DATI ANAMNESTICI

<i>IPOTESI DIAGNOSTICA SECONDO ICD 9-CM (indicare diagnosi principale e secondaria)</i>
<i>PAZIENTE IN CURA/IN CARICO AL CSM/SERVIZIO DIPENDENZE</i>
<input type="radio"/> <i>SI</i> <input type="radio"/> <i>NO</i>
<i>SE SI' INDICARE STRUTTURA ASL E SPECIALISTA DI RIFERIMENTO</i>

DIREZIONE SANITA' E WELFARE REGIONE PIEMONTE	SCHEDA DI PROPOSTA INSERIMENTO DA PARTE DEL MMG	N°3 PAG REV. 0
---	--	---------------------------

PAZIENTE TITOLARE DI INVALIDITA' CIVILE E MOTIVAZIONE INVALIDITA'

DESCRIZIONE CONDIZIONE SOCIO-ABITATIVA DEL PAZIENTE ED EVENTUALE PRESA IN CARICO DA PARTE DEL SERVIZIO SOCIALE

PROVVEDIMENTI LEGALI IN CORSO

ESCLUSIONE PRESENZA DI DECADIMENTO COGNITIVO

- ***SI***
- ***NO***

ESCLUSIONE PRESENZA GRAVE DEFICIT COGNITIVO

- ***SI***
- ***NO***

ANAMNESI PSICHIATRICA e TOSSICOLOGICA/INFETTIVOLOGICA (INDICARE LA STORIA CLINICA DEL PAZIENTE, GLI EVENTUALI SPECIALISTI PRIVATI CHE LO HANNO SEGUITO, I TRATTAMENTI PSICOFARMACOLOGICI PREGRESSI)

***TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO, ANCHE AGONISTA (metadone, levometadone etc)
(INDICARE TUTTI I FARMACI ASSUNTI DAL PAZIENTE)***

REAZIONI AVVERSE A TRATTAMENTI PSICOFARMACOLOGICI PRECEDENTI

ALLERGIE NOTE

DIREZIONE SANITA' E WELFARE REGIONE PIEMONTE	SCHEDA DI PROPOSTA INSERIMEN- TO DA PARTE DEL MMG	N°3 PAG REV. 0
---	--	---------------------------

--

CONDIZIONE ORGANICA

PATOLOGIE ORGANICHE ASSOCIATE: <i>(indicare le modalità di follow up per patologie organiche di particolare gravità, indicare anche se sieropositività e terapie antiretrovirali in corso)</i>
DISTURBO DA USO DI SOSTANZE/ALCOL e/o DA COMPORTAMENTI (specificare tipo di disturbo, gravità, eventuali poliabusi etc.) Data ed Esito ultimi esami tossicologici
TERAPIE SOSTITUTIVE IN ATTO: (ES: metadone, buprenorfina, Alcover)

QUADRO CLINICO ATTUALE

<i>Descrizione del quadro clinico attuale mettendo in luce tutti gli elementi che motivino la richiesta di posto letto territoriale</i>

DATA

TIMBRO E FIRMA MMG