



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

**Dipartimento Salute Mentale-Dipendenze Patologiche**

**SCHEDA DI INVIO A: STRUTTURA DSM-SDP  V. IGEA  V. ROSA**

**TIPOLOGIA:** SPDC  SPOI  ..... RTI  ..... RTP  .....  
RSR  ..... D.H.  ..... C.D.  ..... D.C.A.  .....  
RTS DOPPIA DIAGNOSI (V.Igea)  RTS ALCOOL (V. Rosa)

NOME E COGNOME	
DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
N° TEL. PAZIENTE	
MEDICO DI MED.GEN.	
FAMILIARE/I DI RIFERIM. <small>indicato/i dal pz o amministr di sostegno</small>	

**STRUTTURA INVIANTE**

CSM .....  SPDC .....  SDP .....  
NPIA .....  MMG .....  SPECIALISTA OSP. PRIVATO .....  
REPARTO NON PSICHIATRICO .....  ALTRO (specificare) .....

Tel. .... e mail ..... Fax .....

MEDICO INVIANTE	MEDICO/PSICOLOGO REFERENTE
-----------------	----------------------------

ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO PSICHIATRICO e/o TOSSICOLOGICO	
--	--

***PROGRAMMA IN ATTO AL MOMENTO DELL'INVIO***

**PROGRAMMA AMBULATORIALE:**

- colloqui psichiatrici e/o infermieristici c/o CSM ogni .....
- visite mediche, colloqui psico-educativi c/o SDP ogni .....
- terapia assistita c/o CSM / SDP o DH ogni .....
- visita domiciliare ogni .....

**PROGRAMMA SEMIRESIDENZIALE:** CD  DH  Borsa Lavoro

**PROGRAMMA RESIDENZIALE** c/o (specificare Residenza) .....

**PROGRAMMA NPIA** (specificare) .....

**ALTRO PROGRAMMA** (specificare) .....

**NESSUN PROGRAMMA**

***TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO***

(dosaggio, via e tempi di somministrazione trattamento)

**SE REAZIONI AVVERSE SPECIFICARE QUALE FARMACO**

**NOTIZIE ANAMNESTICHE RILEVANTI PER IL PIANO ASSISTENZIALE****IN PARTICOLARE:** COMPORTAMENTI AUTO/ETERO-AGGRESSIVI ?SI  NO **MOTIVO DELLA RICHIESTA DI RICOVERO**SCOMPENSO PSICOPATOLOGIO SCOMPENSO RELAZIONALE-AMBIENTALE ALTRO **NECESSITA' DI RICOVERO**IMMEDIATA (Cod.1) NELLE 24 ORE (Cod.2) 

PROGRAMMABILE ENTRO (Cod.3)

giorni:.....

mesi:.....

**OBIETTIVI DEL RICOVERO**INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO RIVALUTAZIONE O IMPOSTAZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA STABILIZZAZIONE QUADRO ACUTO O RISOLUZIONE SCOMPENSO PSICOPAT. DETOSSIFICAZIONE DA ALCOOL DETOSSIFICAZIONE DA SOSTANZE STUPEFACENTI INDIVIDUAZIONE PROGRAMMA DI AFFIDAMENTO A RETE DEI SERVIZI ALTRO (specificare)..... INDIVIDUAZIONE E/O ATTUAZIONE E/O RIVALUTAZIONE PROGRAMMA RIABILITATIVO 

- Migliorare la compliance ai trattamenti clinici
  - Risoluzione problematiche socio – ambientali
  - Acquisire - migliorare competenze nella cura del sé, negli spazi di vita, nella consapevolezza delle proprie risorse, abilità socio relazionali
  - Altri obiettivi (specificare).....
- Tempi di verifica del programma riabilitativo con inviante/referente (tra giorni).....

**GIORNI PREVEDIBILI DI DEGENZA (PROGNOSI)****CRITICITA' PRESUMIBILE ALLE DIMISSIONE**

dimissione complessa per difficoltà di contesto, malgrado la attuale stabilizzazione delle condizioni cliniche che potrebbe permettere la cura in ambulatorio o a domicilio

SI NO **PATOLOGIE ORGANICHE ASSOCIATE, COMPLICANZE****DATA DELLA RICHIESTA**Timbro e Firma