

Si richiede ricovero (inviare FAX al 0546-74430 o mail ufficio.ricoveri@villaazzurra.com):

<input type="checkbox"/> RTI (programmato)	<input type="checkbox"/> RTIS (programmato -Doppia Diagnosi)	<input type="checkbox"/> FUORI REGIONE	reparto protetto: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> SPOI			

Per il Sig./Sig.ra (cognome e nome).....
 Nato/a il.....a.....residente in.....
 Tel. Codice fiscale.....

Il paziente è in carico al DSM no si-specificare se al: CSM Sert-UODP

Medico che effettua la prenotazione Dott.....tel.....

Medico referente del caso.....

Infermiere referente territoriale.....tel.....

Assistente sociale.....tel.....

MMG Dott.....

Diagnosi d'invio (classificazione ICD9).....

Terapia in corso.....

Tp long acting (ultima somministrazione-intervallo della somministrazione).....

Patologie organiche/allergie/altro.....

Uso di sostanze ad azione psicoattiva <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> pregresso <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> tipo di sostanza/e (indicare)	Agiti aggressivi <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> auto-aggressivi <input type="checkbox"/> pregressi <input type="checkbox"/> attuali <input type="checkbox"/> etero-aggressivi <input type="checkbox"/> pregressi <input type="checkbox"/> attuali	Autosufficienza <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si (se no specificare)
--	--	--

Posizione giuridica protetta: nessuna inabilitazione interdizione altro.....
 amm.ne di sostegno
 (nominativo e recapito tel).....

Effetti avversi di natura farmacologia.....

Problematiche di altra natura (sociale, economica, familiare, legale, di compliance al trattamento, altro):

Note particolari (e grado di urgenza)

Tempo di degenza previsto.....

Obiettivi attesi dal ricovero.....

Progetto alla dimissione.....

.....
 Data della prenotazione

.....
 Timbro e firma del Medico che effettua la prenotazione