

Dati segnalatore

|_| **SerT** Nome e professione Referente/i del Servizio

1. 3.

2. 4.

ASL di n°.....

Telefono /..... Fax /..... e-mail

|_| **Carcere** Nome e professione Referente del Carcere

Casa Circondariale di Prov.

Telefono/..... Fax /..... e-mail

|_| **Utente privato** altri contatti

recapiti

TEMPI INSERIMENTO **Urgente** **NON urgente**

Tempo

TEMPO DISPONIBILE AL TRATTAMENTO

Mesi

OBBIETTIVI DEL SERVIZIO INVIANTE

.....

.....

.....

.....

.....

SITUAZIONE SANITARIA PAZIENTE

PROBLEMI DI SALUTE? *si* *no* *invalidanti*

Eventuali patologie presenti:

- HIV/AIDS
- Epatite B
- Epatite C
- Diabete
- Cirrosi
- Ipertensione
- Allergie
- Incidenti significativi
- Altre patologie croniche,
specificare:.....

TERAPIA FARMACOLOGICA*

Farmaco	NO	SI	Dosaggio
Disulfiram			
GHB			
Subutex/ Subuxone			
Metadone			
Xanax/ Alprazolam			
En/ Delorazepam			
Tavor/ Lorazepam			

PSICODIAGNOSI *si* *no*

se sì quale.....
.....
.....
.....

Ricoveri di urgenza in SPDC e/o TSO o si o no

ESENZIONE TICKET*

E01	E02	E03	E04	E05
-----	-----	-----	-----	-----

Altre

COMPORAMENTI LEGATI ALL'USO DI SOSTANZE

Assunzione sostanze stupefacenti:

Saltuaria Pochi anni Molti anni

Attualmente astenente: o si o no ---->

se sì da quanto?

SITUAZIONE LEGALE

Storia legale

Carcerazioni o si o no se sì quante.....

dove.....

Situazione attuale:

Arresti domiciliare o si o no

Affidamento in corso o si o no

Previsione di affidamento o si o no

Obbligo di dimora o si o no

Obblighi di firma o si o no

Altro.....

Carichi pendenti o si o no

Avvocato di fiducia.....

Tel.

SOSTEGNO ECONOMICO

Dispone di denaro o si o no

Sussidi attivi o si o no

REI	Pensione sociale	Dis-Coll bonus di disoccupazione	pensione di invalidità	reddito di cittadinanza
-----	------------------	----------------------------------	------------------------	-------------------------

altri

Pensione o si o no
 Aiuto da parte della famiglia/altri o si o no

Valutaz. Ricevente (sostegno elevato medio assente)

LAVORO / FORMAZIONE

Lavoro o formazione PRESENTE SALTUARIO ASSENTE

Professione.....

Situazione contrattuale.....

Continuità lavorativa.....

- Titolo di studio:
- Elementare
- licenza media inferiore
- qualifica professionale
- diploma di scuola superiore
- laurea

LEGAMI SOCIALI

Legami famigliari:

Sfera amicale:

PERCORSI COMUNITARI PRECEDENTI

o si o no

1. Luogo: inizio..... fine.....

Esito e motivazioni:

2. Luogo: inizio..... fine.....

Esito e motivazioni:

3. Luogo: inizio..... fine.....

Esito e motivazioni:

***Si richiede in oltre di allegare alla raccolta dati un piano terapeutico valido e certificato di esenzione del segnalato.**