

ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE DI COMPETENZA TERRITORIALE

Scheda informativa da compilarsi da parte dello specialista
PSICHIATRA DI STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA ACCREDITATA
(con data non anteriore a tre mesi)

Il Sig./ra _____ nato a _____ il _____

è affetto da

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO ICD o DSM (codifica e definizione per esteso).

.....
.....
.....
.....

Il paziente è non è in cura presso questo Servizio - se si dal/...../.....

Il paziente è non è in cura presso lo scrivente - se si dal/...../.....

effettua percorso di cura presso specialista privato (da me contattato sul caso) ha prodotto relazione clinica redatta dallo specialista privato.

La **forma morbosa** da me diagnosticata è da considerarsi in una **FASE**:

- ATTIVA**(in fase di non compenso)
- di **COMPENSO** clinico pieno o parziale,
- STABILIZZATA** e senza recidive dal:/...../.....

Il **quadro diagnostico** da me rilevato nel corso della sua storia clinica è stato:

- stabile** nel tempo e scevro da ricadute o recidive
- instabile** nel tempo e con grado di instabilità: basso intermedio alto
- non ho notizie certe**: non essendo il paziente in carico allo scrivente (e/o al Servizio); essendo discontinuo al Servizio

Terapia attualmente prescritta:

.....
.....
.....

(elencare per principio attivo/formulazione commerciale, dosaggio giornaliero, modalità e periodicità di somministrazione)

Dette terapie sono soggette a controllo clinico con periodicità

.....

ed, in base all'esame clinico attuale ed alla storia clinica, hanno un grado di incidenza su performance psicomotorie, stato di coscienza, vigilanza, attenzione di grado:

nullo; basso; intermedio; alto.

La **compliance alla terapia** (come riferita dal paziente ed in **presenza** **in assenza** di informazioni indipendenti) può ritenersi:

- piena**: correttamente condotta e monitorata ed in grado di garantire un quadro stabile;accettabile, con sufficiente controllo di sintomatologia, recidive e ricadute;
- insufficiente** (vi è possibilità di migliorare adesione a breve-medio termine, sulla base degli elementi noti: sì no)
- indefinibile**, per difficoltà di monitoraggio o non essendo il/la paziente in carico allo/a scrivente (e/o al Servizio)

Il/la paziente, nella sua storia:

- ha** **non ha** subito uno o più **RICOVERI** in
 - struttura ospedaliera _____,
 - riabilitativa ad intensità alta od intermedia, _____
- una o più **RICADUTE** significative

(se il paziente ha subito ricoveri o ricadute significative **nell'ultimo anno**, specificare numero, motivazione e volontarietà o meno degli stessi):

.....
.....
.....
.....

Il/la paziente, **negli ultimi tre mesi**, [] ha [] **non ha** subito ricoveri o ricadute

Indicare (se noti) episodi di abuso [] di farmaci [] di alcool [] uso di sostanze stupefacenti negli ultimi 2 anni (anche se seguiti da altri Servizi):

.....
.....
.....

Osservazioni integrative ritenute utili all'inquadramento delle condizioni del paziente in relazione alla guida:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo _____

Data/...../.....

Lo specialista

.....(timbro e firma autografa leggibile)