

U.O. Comunità Alloggio per la Salute Mentale

Area medica

OSPITE	Cognome e Nome	Scheda per uso locale e temporaneo Data prevista di ingresso
	data e luogo di nascita	
	Città ed indirizzo di residenza	

Caregiver di riferimento (nome e cognome)	Relazione con pz.:
	Numero di telefono:

Medico Psichiatra di riferimento	Infermiere di riferimento	Assistente Sociale
Contatto di riferimento (tel./email)	Contatto di riferimento (tel./email)	Contatto di riferimento (tel./email)

a) Invio della richiesta: (A) riconsegnare la scheda al familiare dell'utente oppure (B) inviare tramite email a spr@villabella.info
Per accedere ai servizi di interpretariato, contattare il Servizio Programmazione Ricoveri (SPR)

b) Istruzioni di compilazione: indicare le ragioni per la richiesta di presa in carico allegando eventuali documenti quali foglio unico di terapia (FUT), consulenze e richieste di specialistica ambulatoriale. Completando questa richiesta, il suo paziente accede ai servizi per gli utenti della salute mentale in modo che possa essere triagiato dal professionista più appropriato

Anamnesi, patologie ed allergie

Sintesi anamnestica	<input type="checkbox"/> allegata relazione psico-sociale		
	<input type="checkbox"/> Esordio psicotico <input type="checkbox"/> Schizofrenia <input type="checkbox"/> Disturbo bipolare <input type="checkbox"/> Disturbo schizzo-affettivo	<input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Mood-disorders <input type="checkbox"/> Comportamento antisociale <input type="checkbox"/> Disturbo d'ansia	<input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> _____
Patologie acute in atto e croniche			
Allergie e intolleranze			

Area dei rischi

Infettivo	Sicurezza	Addictions	Funzionale
<input type="checkbox"/> Germe sentinella _____ <input type="checkbox"/> Pregressa sepsi <input type="checkbox"/> Pregressa polmonite <input type="checkbox"/> Epatite _____ <input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Aggressività verbale <input type="checkbox"/> Aggressività fisica <input type="checkbox"/> Atteggiamento violento <input type="checkbox"/> Vandalismo <input type="checkbox"/> Autolesionismo <input type="checkbox"/> Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Caffaina <input type="checkbox"/> Farmaci <input type="checkbox"/> Fumo <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Droghe	<input type="checkbox"/> Declino nelle ADL <input type="checkbox"/> Cadute negli ultimi 3 mesi <input type="checkbox"/> Ricoveri in ospedale/PS <input type="checkbox"/> Ipertensione <input type="checkbox"/> Compromissione cute <input type="checkbox"/> Compromissione tissutale

HoNOS | non rilevabile - indicare _____

Codice problema più grave

 AN: ansia e fobie
 OC: ossessioni compulsive
 DI: sintomi dissociativi (di conversione)
 SS: sintomi somatoformi
 AL: problemi dell'alimentazione
 SO: disturbi del sonno
 SE: problemi sessuali
 MA: umore euforico
 AP: altri problemi (specificare)

Punteggio

 0 - nessun problema
 1 - problema lieve, che non richiede interventi
 2 - problema di gravità modesta ma sicuramente presente
 3 - problema di media gravità
 4 - problema da grave a gravissimo
 9 - mancano informazioni (non noto)

< lieve					> grave	non noto
0	1	2	3	4	9	

HoNOS items

1. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati							
2. Comportamenti deliberatamente autolesivi							
3. Problemi legati all'assunzione di alcool e droghe							
4. Problemi cognitivi							
5. Problemi di malattia somatica o disabilità fisica							
6. Problemi legati ad allucinazioni o deliri							
7. Problemi legati all'umore depresso							
8. Altri problemi psichici e comportamentali <i>indicare tipologia problema: AN, OC, DI, SS, AL, SO, SE, MA, AP (_____)</i>							
9. Problemi relazionali							
10. Problemi nelle attività della vita quotidiana							
11. Problemi nelle condizioni di vita							
12. Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative							

TOTALE
Terapie in atto
 Allegato il Foglio Unico di Terapia (FUT) | Riconciliazione farmacologica recente

Farmaco	Dosaggio	Posologia	8	12	14-16	18	20

Data compilazione

Timbro e firma del Medico