

**SCHEDA DI PRIMA VISITA - Foglio A: Modulo di invio**

**Al Centro di Salute Mentale di \_\_\_\_\_**

SIG./RA \_\_\_\_\_ DI ANNI \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

MOTIVO DELLA RICHIESTA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

STORIA CLINICA E TRATTAMENTI PSICHIATRICI PREGRESSI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ELEMENTI SIGNIFICATIVI DELLA STORIA PERSONALE E DELLA SITUAZIONE SOCIOAMBIENTALE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PATOLOGIE FISICHE CONCOMITANTI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TERAPIE IN ATTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Medico di Medicina Generale

Dott. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SCHEDA DI PRIMA VISITA – Foglio B: Consulenza psichiatrica

**Al Medico di Medicina Generale Dott.** \_\_\_\_\_

SIG./RA \_\_\_\_\_

ESAME PSICHICO \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE \_\_\_\_\_

---

---

---

---

INDICAZIONI TERAPEUTICHE \_\_\_\_\_

---

---

---

---

INDICAZIONI SULLA PRESA IN CARICO

- Reinvio al MMG, ev. consulenze specialistiche su richiesta
- Presa in carico ambulatoriale del Centro di Salute Mentale
- Opportunità di ulteriori interventi non farmacologici:

---

---

Data \_\_\_\_\_

Lo Psichiatra del Centro di Salute Mentale

Dott. \_\_\_\_\_

