OSPEDALE SAN PANCRAZIO
Santo Stefano Riabilitazione

OSPEDALE SAN PANCRAZIO
MODULO DI PRE ACCOGLIENZA
Sezione di Riabilitazione Alcologica

MOD 55
Rev.03

Servizio Inviante/Medico curante		
Operatore di Riferimento		**Recapito telefonico**
Nome e Cognome		**Data di nascita**
Recapito telefonico del paziente		

E' SEGUITO DA UN SERVIZIO INVIANTE ■ SI ■ NO

SE SI, QUALE……...

SE SI, DA QUANTO TEMPO……..

CON CHI VIVE ……...

LAVORA ■ SI ■ NO

AUTOSUFFICIENTE NELLE ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA ■ SI ■ NO

DISTURBO DA USO DI ■ ALCOL ■ COCAINA ■ EROINA ■ CANNABIS ■ GAP ALTRO……..

TRATTAMENTO AGONISTA ■ METADONE ■ BUPRENORFINA

PREGRESSI TENTATI SUICIDI ■SI ■NO SE SI, QUANDO……...

PATOLOGIE PSICHIATRICHE……..

SERVIZI CON I QUALI IL PZ. È STATO/È IN CONTATTO
■Servizio Alcologia
■Servizio Sociale
■Centro Salute Mentale ■SERD ■ Enti Giudiziari ■ Altro…….

PRECEDENTI PROGRAMMI RIABILITATIVI
■Residenziali ■ Semiresidenziali ■ Altro…….
■Gruppi AMA: ■CAT ■AA ■CEF

QUALE FAMILIARE/CAREGIVER PARTECIPERA' AGLI INCONTRI AL S.PANCRAZIO

……EVENTUALE N.TELEFONICO……..

FINALITÀ DELL'INVIO ALL'INTERNO PROGETTO RIABILITATIVO

IL PROGRAMMA E' STATO CONCORDATO CON IL PAZIENTE ■SI ■ NO