

Servizio Inviante			
Operatore di Riferimento			
Nome e Cognome		Data di nascita	

**IMPEGNATIVA DEL MEDICO DI BASE O DEL SERVIZIO INVIANTE CON LA
 DICITURA:
“ SI RICHIEDE CICLO DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA”**

DA QUANTO TEMPO E' SEGUITO DAL SERVIZIO INVIANTE E QUALE PROGRAMMA E' STATO CONCORDATO						
QUALE FAMILIARE PARTECIPERA' AGLI INCONTRI AL S.PANCRAZIO						
RELAZIONI SIGNIFICATIVE						
CONDIZIONE SOCIO – LAVORATIVA - ABITATIVA						
PATOLOGIE IMPORTANTI CONOSCIUTE (COMPRESSE PSICHIATRICHE) PREGRESSI TENTATI SUICIDI						
SERVIZI CON I QUALI IL PZ. È STATO/È IN CONTATTO						
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Servizio Alcologia</td> <td><input type="checkbox"/> Servizio T.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Servizio Sociale</td> <td><input type="checkbox"/> Enti Giudiziari</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Centro Salute Mentale</td> <td><input type="checkbox"/> Altro</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Servizio Alcologia	<input type="checkbox"/> Servizio T.	<input type="checkbox"/> Servizio Sociale	<input type="checkbox"/> Enti Giudiziari	<input type="checkbox"/> Centro Salute Mentale	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Servizio Alcologia	<input type="checkbox"/> Servizio T.					
<input type="checkbox"/> Servizio Sociale	<input type="checkbox"/> Enti Giudiziari					
<input type="checkbox"/> Centro Salute Mentale	<input type="checkbox"/> Altro					
PRECEDENTI PROGRAMMI RIABILITATIVI E QUALI						
<input type="checkbox"/> Residenziali <input type="checkbox"/> Gruppi Auto – Mutuo – Aiuto (specificare quale) <input type="checkbox"/> Semiresidenziali <input type="checkbox"/> Altro						
FINALITÀ DELL'INVIO ALL'INTERNO PROGETTO RIABILITATIVO						