

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
DISTRETTO DI REGGIO EMILIA

SERVIZIO DI CONSULENZA AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

SCHEDA INVIO A CONSULENZA

1.1	Cognome..... Nome..... Nato il..... A..... Residente..... Stato civile.....
1.2	Livello scolastico..... Attività lavorativa.....
1.3	Nucleo familiare
1.4	Relazioni affettive significative.....
2.1	Problema emotivo attuale <input type="checkbox"/> Ansia <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Somatizzazioni <input type="checkbox"/> Disturbo alimentare <input type="checkbox"/> Disturbo da sostanze <input type="checkbox"/> Altro
2.2	Pregressi episodi di disagio emotivo
2.3	Pregressi trattamenti e/o risorse terapeutiche efficaci
2.4	Disturbi emotivi familiari
2.5	Eventi di vita significativi nell'ultimo anno
3.1	Disturbi somatici <input type="checkbox"/> pregressi
	<input type="checkbox"/> in atto
3.2	Terapie somatiche in corso
4.1	Eventuale terapia psicoattiva in corso ed altre risorse terapeutiche
5.1	Motivazione della richiesta di consulenza <input type="checkbox"/> Orientamento diagnostico <input type="checkbox"/> Indicazioni di trattamento <input type="checkbox"/> Insoddisfacente esito di trattamento in corso <input type="checkbox"/> Altro
6.1	Eventuali altre informazioni
Data Medico Medicina Generale	