

## CERTIFICATO MEDICO PSICHIATRICO

Si certifica che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
affetto dal seguente *disturbo mentale*: \_\_\_\_\_

- è stato/a visitato/a in regime di consulenza in data \_\_\_\_\_  
 è assunto/a in cura  presso questa struttura /  dal sottoscritto dal \_\_\_\_\_  
 è stato/a preso/a in carico  presso questa struttura /  dal sottoscritto dal \_\_\_\_\_

Il disturbo mentale diagnosticato determina una *riduzione del funzionamento globale* di grado:

- lieve                     moderato                     elevato

Il disturbo mentale ha determinato *episodi di scompenso* negli ultimi 12 mesi?

NO /  SI (specificare) \_\_\_\_\_

Si sono verificati *ricoveri in SPDC* negli ultimi 12 mesi?  NO /  SI (specificare) \_\_\_\_\_

Ha *consapevolezza di malattia*?  NO /  SI

Fruisce attualmente di *amministratore di sostegno*?  NO /  SI

Ha presentato *ideazione suicidaria* negli ultimi 12 mesi?  NO /  SI (specificare) \_\_\_\_\_

Ha presentato *comportamenti disorganizzati* (compresi agiti aggressivi eterodiretti) negli ultimi 12 mesi?  NO /  SI (specificare) \_\_\_\_\_

Assume la *terapia* ed effettua i *controlli periodici* regolarmente?  NO /  SI

Quale *terapia psichiatrica* pratica (tipo di farmaco e dosaggio)? \_\_\_\_\_

Per quanto a conoscenza del sottoscritto, nel soggetto in esame la *terapia* influenza in maniera significativa, nel caso specifico, i *riflessi* ed il *ritmo sonno/veglia*?  NO /  SI

Il grado di *compenso attuale* può essere definito:  buono /  medio /  insufficiente (specificare)

Data \_\_\_\_\_

Lo Specialista Psichiatra  
(timbro e firma)