

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 suicidiaria* 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)