Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Lariana

COMMISSIONE MEDICA LOCALE
CODICE STRUTTURA: CFPBB5

CERTIFICATO PSICHIATRICO A FINI MEDICO LEGALI
per idoneità alla patente di guida

NUMERO REGISTRO:

Cognome ……Nome…….

Nato a……. il…….

Residente a……..

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO:……
DECORSO: [] acuto [ ] subacuto [] cronico

Il paziente [] è [] non è in cura presso questo Servizio - se sì dal:……..

ESAME OBIETTIVO PSICHICO
ATTUALE :……
……
……

……

Il QUADRO CLINICO rilevato negli ultimi due anni è stato:

[] STABILE e scevro da ricadute o recidive

[ ] INSTABILE

[ ] INGRAVESCENTE

[ ] NON VALUTABILE perché la FORMA MORBOSA diagnosticata è da considerarsi in FASE:

[] ACUTA oppure [] RESIDUALE

ANAMNESI:……..

……
……

……

TERAPIA ATTUALMENTE PRESCRITTA al paziente:……

……
……
……

DETTE TERAPIE SONO SOGGETTE A CONTROLLO CLINICO:

[] Sì oppure [] NON VALUTABILE

La COMPLIANCE ALLA TERAPIA: [] come riferita dal paziente oppure [] come documentata può ritenersi:

[ ] piena

[ ] parziale

[ ] assente

[ ] non valutabile

Il paziente è stato ricoverato in SPDC negli ultimi 2 anni? [ ] Sì [ ] NO [ ] NON VALUTABILE

Il paziente è stato ricoverato in strutture riabilitative negli ultimi 2 anni?

[ ] Sì [ ] NO [ ] NON VALUTABILE

Il paziente riferisce eventuali EPISODI DI ABUSO negli ultimi 2 anni? [ ] Sì [ ] NO

Se Sì: [ ] di farmaci [ ] di alcool [ ]di sostanze stupefacenti

In carico al: [ ] SERT [ ] NOA

Rilasciato su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

DATA FIRMA

……. …….