

SCHEDA DI TRIAGE PSICOLOGICO						
DATA:	___/___/___	OPERATORE	PSICOLOGO	PSICHIATRA		
ORA:		NOME:	COGNOME:			
SEDE DELL'INTERVENTO:						
PAZIENTE						
COGNOME:		NOME:		SESSO	M	F
LUOGO E DATA DI NASCITA:						
INDIRIZZO:				TEL:		
LUOGO DI PROVENIENZA:		<input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/> CANTIERE		INDICARE INDIRIZZO:		
ACCOMPAGNATORE	NOME:	COGNOME:		TEL:		
PREGRESSI PROBLEMI PSICOLOGICI		SI	NO	(specificare): _____		
PREGRESSI PROBLEMI PSICHIATRICI		SI	NO	(specificare): _____		
TRATTAMENTI PSICOFARMACOLOGICI PRECEDENTI (specificare DOSE e POSOLOGIA):						
REAZIONE ALL'EVENTO CATASTROFICO DI CARATTERE:				VALUTAZIONE DELLE RISORSE:		
<input type="checkbox"/> ANSIOSO		<input type="checkbox"/> LIEVE		<input type="checkbox"/> CAPACITA' DI COPING		
		<input type="checkbox"/> GRAVE		<input type="checkbox"/> INDIVIDUALI		
				<input type="checkbox"/> COLLETTIVE		
<input type="checkbox"/> DEPRESSIVO		<input type="checkbox"/> LIEVE		<input type="checkbox"/> DISPONIBILITA A RICEVERE AIUTO		
		<input type="checkbox"/> GRAVE				
<input type="checkbox"/> DI SCOMPENSO		<input type="checkbox"/> LIEVE				
		<input type="checkbox"/> GRAVE				
INDICAZIONI D'INTERVENTO:						
FASE ACUTA		<input checked="" type="checkbox"/> SANITARIO <input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/> OSPEDALE/ OSPEDALE DA CAMPO				
		<input type="checkbox"/> SOSTEGNO DELL'EQUIPE PSICOSOCIALE				
FASE DI MEDIO TERMINE		<input type="checkbox"/> STRUTTURE PSICOLOGICHE E PSICHIATRICHE DEL SERVIZIO SANITARIO				
		<input type="checkbox"/> STRUTTURE SOCIO/EDUCATIVE				
INTERVENTI EFFETTUATI:						
<input type="checkbox"/> TRATTAMENTO PSICOLOGICO			<input type="checkbox"/> TRATTAMENTO FARMACOLOGICO (DOSE E POSOLOGIA): ESCLUSIVAMENTE A CURA DEL PERSONALE MEDICO			
<input type="checkbox"/> DIMESSO			<input type="checkbox"/> RIFIUTA FIRMA.....			