

Questionario - Psichiatria

Cliente

Cognome
Strada
Sesso
Data di nascita
Numero del cliente

Nome
NPA / Località
Tel.
eMail
N. della proposta

Si prega di barrare le rispettive caselle e di precisare o fornire ulteriori dettagli.

Diagnosi (ICD-10)

Data della diagnosi

Data dell'ultima consultazione

Statura cm

Peso kg

	No	Sì	Precisazioni	Date
Disturbi psichici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Singolo episodio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Più episodi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	numero <input type="text"/>	ultima volta il <input type="text"/>

Tipologia del disturbo

Quali sintomi si sono manifestati?

Qual è l'attuale stato mentale del paziente?

La malattia si è sviluppata come reazione a date circostanze secondarie?

Se sì, indicare ulteriori dettagli

Tentativo/i di suicidio numero ultima volta il

Motivo ancora sussistente

Tentativo di suicidio eseguito con

Assistenza e trattamento	No	Si	Precisazioni	Date
Tipologia assistenziale			<input type="checkbox"/> medico condotto <input type="checkbox"/> psichiatra <input type="checkbox"/> psicologo	
È stato necessario un trattamento clinico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	durata <input type="text"/>	data di dimissione <input type="text"/>
<div style="background-color: #cccccc; height: 80px;"></div>				
Terapia attuale	No	Si	Precisazioni	Date
Medica (indicare i medicinali)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<div style="background-color: #cccccc; height: 60px;"></div>	dal <input type="text"/>
Altre terapie? Quali?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<div style="background-color: #cccccc; height: 60px;"></div>	dal <input type="text"/>
Terapia precedente				
Medica (indicare i medicinali)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<div style="background-color: #cccccc; height: 60px;"></div>	dal <input type="text"/>
Altre terapie? Quali?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<div style="background-color: #cccccc; height: 60px;"></div>	dal <input type="text"/>
Attività professionale				
Interruzioni dell'attività professionale per motivi psichici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	numero <input type="text"/> durata <input type="text"/>	ultima volta il <input type="text"/>
Ripresa completa dell'attività professionale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		dal <input type="text"/>
I disturbi possono considerarsi guariti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		dal <input type="text"/>
Sono note altre patologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<div style="background-color: #cccccc; height: 150px;"></div>	

Altre osservazioni

no

si

Medico /
terapeuta

Telefono

Fax

eMail

Data

Invio elettronico

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati al servizio medico della mobiliare.