

Certificazione di tossicodipendenza o di abuso di sostanze stupefacenti e/o alcool ai sensi del Testo aggiornato del D.P.R. del 09 ottobre 1990 n. 309, così come aggiornato dalla legge 21.02.06 n. 49.

(con riferimenti al D.M. n. 186 del 12 luglio 1990 e al D.P.R. 230/00)

Prot. N. _____ Data _____

Oggetto: **Certificazione di stato di Tossicodipendenza/Alcoldipendenza**

Su richiesta dell'interessato, per gli usi consentiti dalla legge, si certifica che il

Sig. _____ nato a _____

il _____ residente a _____

In carico / Già in carico presso il Sert. di _____ dal _____

Attualmente ristretto presso _____

Risulta attualmente affetto da: *(Diagnosi in base a ICD IX CM o DSM IV)*

PROCEDURE DIAGNOSTICHE¹:

¹ Barrare e compilare solo le parti di interesse

Diagnosi Medica	
Procedura	Eventuali specificazioni
<input type="checkbox"/> Anamnesi Tossicologica	
<input type="checkbox"/> Esame Obiettivo	
<input type="checkbox"/> Esami Ematochimici	
<input type="checkbox"/> Esame delle urine	
<input type="checkbox"/> Esame su matrice cheratinica	
<input type="checkbox"/> Terapia Farmacologica (in atto o pregressa)	

Valutazione Psicologica	
Procedura	Eventuali specificazioni
<input type="checkbox"/> Colloquio Clinico	
<input type="checkbox"/> Test Psicodiagnostici	

Valutazione Sociale	
Procedura	Eventuali specificazioni
<input type="checkbox"/> Colloquio di Servizio Sociale	

Documentazione Clinica e Socio Sanitaria

- riscontro documentale di trattamenti socio-sanitari per le tossicodipendenze o alcol dipendenze presso strutture pubbliche o private;
- riscontro documentale trattamenti ricevuti da strutture di pronto soccorso;
- riscontro documentale di ricoveri per trattamento di patologie correlate all'abuso abituale di sostanze stupefacenti e psicotrope;
- certificazioni di precedenti accertamenti medico-legali.

Note _____

Firma del Medico
del Ser.T/Servizio di Alcolgia

Qualifica / Firma
degli altri operatori
coinvolti nella certificazione