

**Dipartimento "Patologia delle dipendenze" - SC Servizio Dipendenze Ser.D.
Direzione del Dipartimento**

Scheda di segnalazione per "Sidecar" - Comunità residenziale breve DGA

Si prega di inviare via mail: sert.spazioaltrove@aslto3.piemonte.it

Nome e cognome: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita ____/____/____

Codice fiscale _____

Indirizzo: _____

Tel: _____ Mail: _____

Servizio inviante: _____

Data di presa in carico: ____/____/____

Operatore di riferimento: _____

Tel: _____ Mail: _____

Tipologia e modalità di gioco prevalente

Principali interventi terapeutici effettuati dal Ser.D:

Periodi di remissione Sì No

Se sì specificare periodo e motivo ricaduta _____

È stata fatta psicodiagnosi? Sì No

Se sì specificare: _____

Patologie internistiche e/o psichiatriche: Sì No

Se sì specificare e allegare documentazione: _____

È in atto una terapia farmacologica? Sì No

Se sì quale? _____

Sono presenti allergie alimentari? Sì No

Se sì quali: _____

Aspetti economico/patrimoniali

Presenza di un reddito: Sì No

Se sì di che tipo: _____

Finanziamenti in corso e/o pregressi: Sì No

Se sì descrivere importo e durata:

1) _____

2) _____

3) _____

Morosità Sì No

Se sì descrivere quali:

1) _____

2) _____

3) _____

Interventi di tutela patrimoniale (ipotizzati, da avviare, avviati):

Obiettivi dell'inserimento alla CT breve

Dati necessari per la fatturazione
(da compilare a cura dell'operatore inviante)

Indirizzo Ufficio amministrativo a cui inviare richiesta di fatturazione

Recapito fax a cui inviare fattura _____

Numero Partita Iva dell'ASL _____

Codice univoco dell'ASL _____