



OMADA

Struttura Residenziale NPIA

MODULO ON-LINE - ACQUISIZIONE DATI

DATA DELLA RICHIESTA DI INSERIMENTO: _____

DATI PERSONA INVIANTE:

- Nome e Cognome: _____ - Recapito telefonico: _____
- Area di Appartenenza (Serv.Sociale; UONPIA, ASST)
- Indirizzo e-mail: _____

SERVIZI INVIANTI

UONPIA TERRITORIALE

- Nome medico responsabile: _____
- Nome operatore referente: _____
- Recapito telefonico: _____ - Fax: _____
- Indirizzo e-mail: _____

ASSISTENTE SOCIALE E ZONA DI RIFERIMENTO

- Nome e area territoriale: _____
- Recapito telefonico: _____ - Fax: _____
- Indirizzo e-mail: _____

TRIBUNALE PER I MINORENNI

- Giudice di riferimento: _____

ANAGRAFICA MINORE

DATI

- Cognome: _____
- Nome: _____ Codice Fiscale _____
- Luogo e data di nascita: _____
- Indirizzo di residenza: _____
- Indirizzo attuale domicilio: _____
- Esenzioni: _____

ALTRO

Cittadinanza:

- Italiana
- Altro (specificare): _____

Affidato a:

- Genitori (indicare, in caso di separazione, a chi è affidato il minore)
- Comune di residenza
- Altro (specificare) _____

Decreto Tribunale per i Minorenni (se esistente) n. _____ del _____

Procedimenti penali "parte-lesa" pregressi o in atto: SI NO

Procedimenti penali pregressi o in atto:

- Sì (specificare reato) _____
- No

SCUOLA FREQUENTATA (indicare riferimenti e recapiti):

GENITORI

DATI:

- Padre: *Cognome, nome, data e luogo di nascita, codice fiscale , indirizzo completo (via, n. civico, CAP, città, provincia) e telefono:*

- Madre: *Cognome, nome data e luogo di nascita, codice fiscale , indirizzo completo (via, n. civico, CAP, città, provincia) e telefono:*

- Fratelli: quanti e età:

CLINICA

DATI CLINICI MINORE:

- Diagnosi principale codificata (classificazione ICD10):
- Diagnosi secondarie codificate eventuali (classificazione ICD10):

Presenza di uso di sostanze:

- Sì (specificare)
- No

Presenza di disabilità intellettiva

- Sì (specificare)
- No

Interventi terapeutico-riabilitativi in atto con la minore:

- Psicoterapia (indicare nome e recapiti dello psicoterapeuta)
- Sostegno scolastico didattico
- Intervento educativo (indicare nome e recapiti dell'educatore di riferimento)
- Farmacoterapia (indicare principi attivi, dosaggio e posologia)

- Altro (specificare)

Decreto di stato di Handicap o Invalidità

- Sì (allegare verbale di accertamento e diagnosi funzionale)
- No

Interventi di supporto o terapeutici in atto sulla famiglia:

- Sì (specificare indicando nomi e recapiti degli operatori di riferimento)
- No

MOTIVI DELLA RICHIESTA DI INSERIMENTO

(breve descrizione degli obiettivi terapeutici e riabilitativi attesi)

.....

.....

.....

.....

.....

DOCUMENTI DA ALLEGARE AL PRESENTE MODULO:

- Relazione clinica dettagliata comprensiva delle seguenti informazioni:
 - anamnesi personale e familiare, storia sociale;
 - decorso della sintomatologia psicopatologica e descrizione degli eventuali trattamenti psicofarmacologici o psicoterapeutici messi in atto;
 - valutazione neuropsicologica e psichica con eventuali esami testali;
- CANS o Scala HoNOSCA
- Documentazione sanitaria (lettere di dimissione di eventuali ricoveri, esami strumentali e di laboratorio)
- Provvedimenti della magistratura minorile
- Relazione dei Servizi Sociali, se presenti sul caso.