



**OMADA**

*Struttura Residenziale di Neuropsichiatria per Adolescenti*

## 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** \_\_\_\_\_



**OMADA**

*Struttura Residenziale di Neuropsichiatria per Adolescenti*

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)



**OMADA**

*Struttura Residenziale di Neuropsichiatria per Adolescenti*

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.