

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 ailresidente 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

☐ Anamnesi Tossicologica	
☐ Esame Obiettivo	
☐ Esami Ematochimici	
☐ Esame delle urine	
☐ Esame su matrice cheratinica	
☐ Terapia Farmacologica (in atto o pregressa)	

Valutazione Psicologica	
Procedura	Eventuali specificazioni
☐ Colloquio Clinico	
☐ Test Psicodiagnostici	

Valutazione Sociale	
Procedura	Eventuali specificazioni
☐ 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 Alcologia

Qualifica / Firma
degli altri operatori
coinvolti nella certificazione