



**DIPARTIMENTO di
DIAGNOSTICA di LABORATORIO**

C.da Pietrapollastra – 90015 CEFALU'
Tel.: 0921/920532 – Fax: 0921/920420
E-mail: diplaboratori@pec.asppalermo.org
Direttore: Dott.ssa Teresa Barone

Modulo 1

SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICA SULLO STATO PSICOFISICO

P.S. del Presidio Ospedaliero

Dirigente Medico

Matricola

DATI UTENTE

N. codice accesso P.S.	Codice identificativo
Cognome	Nome

<input type="checkbox"/> Alterazione motilità/reattività pupillare	<input type="checkbox"/> Agitazione psicomotoria
<input type="checkbox"/> Incoordinazione motoria	<input type="checkbox"/> Difficoltà eloquio
<input type="checkbox"/> Euforia, eretismo	<input type="checkbox"/>

Anamnesi positiva per assunzione di farmaci	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Se si, specificare quali:
Anamnesi positiva per assunzione di stupefacenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Se si, specificare quali:
Anamnesi positiva per patologie psichiatriche e disturbi affini	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Se si, specificare quali:
Anamnesi positiva per patologie metaboliche	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Se si, specificare quali:

Terapia farmacologica somministrata in P.S. (specificare farmaci/quantità/via di somministrazione/orario):

Tipologia farmaco	Quantità somministrata	Via di somministrazione	Orario di somministrazione

Data _____

Orario _____

Il Dirigente Medico di P.S.

(Timbro e firma leggibile): _____

L'operatore di Polizia Giudiziaria richiedente

Qualifica, Nome, Cognome, Ente di appartenenza _____