



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANIA

Dipartimento di Salute Mentale
Unità Operativa Complessa di
Neuropsichiatria Infantile

Spazio riservato NPIA

Data richiesta _____

Rich. PONTE N° _____ Del _____

Operatore _____

ANAGRAFICA

Cognome Nome

Data di Nascita Codice Fiscale:

Residenza/Domicilio Provincia

Via N° Asp Di Appartenenza

Tutore Ruolo

Telefono Email

Medico richiedente/Associazione

Contatto

Spazio riservato NPIA

PRESTAZIONI RICHIESTE

APPUNTAMENTO

<input type="text"/>	_____

BREVE ANAMNESI E CRITICITA' COMPORTAMENTALI DA SEGNALARE

PREPARAZIONE PSICO/FARMACOLOGICA O ANESTESIOLOGICA SI NO

PREPARAZIONE PSICO/EDUCATIVA SI NO

NOTE

ESITO: POSITIVO NEGATIVO