



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANIA

Dipartimento di Salute Mentale
Unità Operativa Complessa di
Neuropsichiatria Infantile

Spazio riservato NPIA	
<i>Data richiesta</i>	_____
<i>Rich. PONTE N°</i>	_____ <i>Del</i> _____
<i>Operatore</i>	_____

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"/>	_____
<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	_____
<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