



ASST BRIANZA

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

SCHEMA DI SEGNALAZIONE PER INVIO ALL'AMBULATORIO AUTISMO

Inviante:

Data:

- Servizio: _____
- Specialista: _____
- Cittadino: _____

L'inviante dichiara di aver acquisito il consenso al trattamento dei dati personali e particolari da parte dell'Utente anche per la finalità di questa segnalazione e si impegna a fornire, su richiesta di ASST Brianza, l'informativa sul trattamento dei dati personali e particolari del Servizio e copia della documentazione dell'avvenuta acquisizione del consenso da parte dell'Utente.

Dati Utente:

Cognome e nome: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

CF: _____

Indirizzo di residenza: _____

Città: _____ CAP: _____

Recapito telefonico: _____

Indirizzo mail: _____

Percorso Scolastico/titolo di studio/occupazione: _____

Motivo della segnalazione/invio: _____

Diagnosi attuale (se presente): _____

Referenti territoriali (nome, cognome, recapito): _____

Referenti clinici (nome, cognome, recapito): _____

Lo scrivente: acconsente al contatto con i referenti clinici non acconsente al contatto con i referenti clinici

Eventuale Farmacoterapia: _____

Eventuale percorso riabilitativo svolto/presa in carico: _____

Amministratore di sostegno: _____

Dati componenti della famiglia:

Cognome e nome del padre (*segnare se biologico, adottivo, affidatario*): _____

Recapito telefonico: _____

Indirizzo mail: _____

Cognome e nome della madre (*segnare se biologica, adottiva, affidataria*): _____

Recapito telefonico: _____

Indirizzo mail: _____

Fratelli/sorelle in ordine di genitura (*segnare nome, cognome e anno di nascita*):

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Segnalare la presenza di eventuali problematiche cliniche o sociali nel nucleo familiare:

Membro della famiglia	Problematica riscontrata	Percorso svolto/ presa in carico

- Altro:

Inviare scheda compilata a: ambulatorio.autismo@asst-brianza.it