

## Servizio di Alcologia

Responsabile Dott.

tel.

fax:

e-mail:

LOGO

### SCHEDA RELAZIONE PROTOCOLLO STANDARD

Cognome_____	Nome_____
_____	_____
Data di nascita_____	Luogo di nascita_____
Patente di guida categoria	A, B, C, D, E, CAP KP, CAP KC, CAP KD
Recidiva anno_____	Altro_____
Recidiva anno_____	Altro_____
Recidiva anno_____	Altro_____
Alcolemia al momento del fermo_____	

**Astinenza**

Si ☐

No ☐

**Consumi**

☐

☐

Inferiore/uguale 20/40 g/die

Superiore a 20/40 g/die

<b>Cage</b>	Negativo per abuso ed alcoldipendenza <input type="checkbox"/>	Positivo per abuso ed alcoldipendenza <input type="checkbox"/>	Border-line per abuso ed alcoldipendenza <input type="checkbox"/>
<b>Audit</b>	Negativo <input type="checkbox"/>	Positivo per abuso o problemi alcolcorrelati <input type="checkbox"/>	Positivo per alcoldipendenza <input type="checkbox"/>

**ESAMI EMATICI** (ultimi effettuati vedi fotocopie allegate)

Negativi ☐      Invariati ☐      Migliorati ☐      Peggiorati ☐

**Conclusioni**

***Diagnosi di stato attuale:***

L'anamnesi, gli esami ematochimici e i test effettuati permettono nel loro complesso di formulare la seguente diagnosi di stato: \_\_\_\_\_

***In base alla diagnosi si propone:***

Il Paziente non necessita di ulteriori controlli presso il servizio di Alcologia ☐

Il paziente necessita di Follow-up alcologico o Diagnosi differenziale ☐

<u>Follow-up</u>	<u>Date</u>
3 mesi	
6 mesi	
12 mesi	

Il Paziente ha accettato di seguire un programma di trattamento per Alcoldipendenza ☐

Il Paziente risulta in trattamento con astinenza attiva ☐

Il Paziente risulta in trattamento con Antabuse in astinenza attiva ☐

**DATA**      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Responsabile Servizio di Alcologia

Il medico accertante  
Dott./Dott.ssa