

Dipartimento "Patologia delle dipendenze"
SC. "Dora Riparia"
Comunità Terapeutica "LUCIGNOLO & Co."

**Da inviare alla Comunità Terapeutica "Lucignolo & Co."
FAX 011.9533056**

Segnalazione per inserimento presso la Comunità Terapeutica "Lucignolo & Co."

Operatore
Inviante: _____ Ambulatorio di: _____

A.S.L.: _____ Tel: _____ Fax _____

Sigla utente: _____ Data di nascita: _____ Sesso: F M

In carico al servizio dal: _____ Attuale dipendenza primaria _____
dal _____

Segnalato per il modulo d'ingresso:

- "Bisogna saper perdere" – il percorso per il gioco d'azzardo patologico
- "Per ogni su c'è sempre un giù" – il percorso per i disturbi correlati all'uso di cocaina
- "Ricordati di te" – il percorso per i disturbi correlati all'abuso/dipendenza da alcol nella popolazione giovanile
- Percorso di 2 mesi Percorso di 9 mesi (2+7)

Motivo dell'invio a "Lucignolo & Co.": _____

Altre dipendenze pregresse/attuali: No Sì _____

Terapia farmacologica: No Sì _____

Problemi giudiziari: No Sì _____

Precedenti esperienze comunitarie: No Sì _____

Eventuale relazione psicologica in cartella : No Sì (allegare durante l'accoglienza)

Data: _____

Firma dell'operatore
inviante: _____