

Proposta di Trattamento - Accertamento⁽¹⁾ Sanitario⁽²⁾

Al Sig. Sindaco del Comune di

Generalità del paziente: Cognome e nome

Nato a il

Residente a in via

Luogo dove si trova

Diagnosi

.....

CONSIDERATO che esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;

ACCERTATO che il paziente rifiuta gli urgenti interventi terapeutici richiesti dal caso;

RILEVATA l'impossibilità di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere

il sottoscritto dott.Qualifica

PROPONE

che alla persona in oggetto sia praticato trattamento / accertamento⁽¹⁾ sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera presso il Servizio Psichiatrico dell'Ospedale di

..... il

Firma

Timbro

Il Sottoscritto Dott. Qualifica⁽³⁾

VISTA la Suesposta relazione sanitaria;

CONSTATATE la veridicità e l'esattezza delle notizie in essa contenute;

PRESO ATTO che attualmente non sussistono le condizioni e le circostanze che consentano l'adozione di idonee misure extraospedaliere;

CONVALIDA ai sensi dell'art. 2 della legge 13 maggio 1978, n. 180 la proposta del medico dott.

..... il

Firma

Timbro

(1) cancellare la voce che non interessa

(2) in triplice copia

(3) la convalida deve essere effettuata da un medico della struttura sanitaria pubblica: medico ospedaliero