



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Area Dipartimentale Neuropsichiatria  
Infanzia e Adolescenza

## AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANIA

### Spazio riservato NPIA

Data richiesta \_\_\_\_\_

Rich. N° \_\_\_\_\_ Del \_\_\_\_\_

Operatore \_\_\_\_\_

### 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### BREVE ANAMNESI E CRITICITA' COMPORTAMENTALI DA SEGNALARE

PREPARAZIONE PSICO/FARMACOLOGICA O ANESTESIOLOGICA  SI  NO

PREPARAZIONE PSICO/EDUCATIVA  SI  NO

NOTE

ESITO:  POSITIVO  NEGATIVO