

PROPOSTA DI

ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (ASO) O TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO)

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____,

C.F. _____, dichiara di aver visitato/tentato di visitare senza riuscirvi il/la

sig./sig.ra _____, C.F. _____,

domiciliato/a a _____ in _____,

mettendo in atto tutte le iniziative possibili volte a ottenerne il consenso e la partecipazione.

Per il fallimento delle suddette iniziative si propone (indicare una sola prestazione):

- l'accertamento sanitario obbligatorio (ASO) al domicilio del/la paziente, poiché:
 - il/la paziente presenta alterazioni psichiche tali da richiedere interventi terapeutici urgenti
 - l'approfondimento diagnostico necessario non viene accettato dal/la suddetto/a paziente

- il trattamento sanitario obbligatorio (TSO), poiché:
 - il/la paziente presenta alterazioni psichiche tali da richiedere interventi terapeutici urgenti
 - tali interventi terapeutici non sono accettati dal/la suddetto/a paziente
 - non sussistono, al momento attuale, condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere

Nello specifico, il/la paziente (barrare una delle caselle sottostanti):

- è in preda a furore isterico, non dominabile con un primo approccio ed una terapia sedativa;
- è uno/a psicotico/a in preda ad una vera crisi psichiatrica;
- è in depressione psicotica con minaccia di suicidio;
- altro (specificare): _____

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico proponente)
