



“CASTELLO DELLA QUIETE S.r.l.”
Struttura Residenziale Psichiatrica (SRP)
Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
Via di Tor Cervara, 112 – 00155 Roma
Telefoni: 06.2294405 (4 linee r.a.)
Fax 06.2295989
e-mail: amministr@castellodellaquiete.it
PEC: cdq@pec.joomlahost.it

MODULO RICHIESTA RICOVERO IN SRP

DA INVIARE:

Fax: **06.2295989**

mail: **e.kirieleison@castellodellaquiete.it**

Anagrafica

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente in _____ via _____

Documento di riconoscimento _____

Condizione lavorativa _____ Recapito telefonico _____

ASL RM _____ C.S.M. _____ Medico inviante _____

Diagnosi (primaria) _____ Diagnosi (secondaria) _____

Terapia in atto _____

Eventuale Valutazione UVM in SRTRe in data _____

Luogo dove attualmente il paziente si trova (domicilio, SPDC, SRP) _____

- ✓ **Allegare certificazione del MMG con diagnosi ed eventuali terapie non psichiatriche in atto, se presenti Patologie concomitanti;**
- ✓ **Referti analisi ematochimiche (emocromo, elettroliti, glicemia, colesterolemia totale, LDL, HDL, tricliceridemia, GOT, GPT, YGT, azotemia, creatininemia, prolattinemia) ed ECG con valutazione QTC e relativo nulla osta all'uso di neurolettici;**
- ✓ **Richiesta di inserimento con diagnosi e terapia in atto, a cura dell'inviante (specialista privato, SERT, DA, DCA).**

Sul programma terapeutico devono essere elencati sia i farmaci psichiatrici che le terapie non psichiatriche. Qualora sia impossibile produrre tale documentazione, il medico del CSM, rilascerà contestualmente, un'impegnativa, con la richiesta delle analisi necessarie apponendo sul programma Terapeutico la dicitura "previa valutazione esami di laboratorio ed ECG".

DISPONIBILITA' PER IL POSTO LETTO

Data _____

Timbro e firma _____



Reg. No: 9534 – A
UNI ISO 9001:2008