

Prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Ser.D. \_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA**  
**per l'accertamento dello stato di Tossicodipendenza ai sensi del D.P.R. 309/90**

Si certifica che il sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ è noto allo scrivente servizio con cartella clinica n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

L'ultimo contatto è stato effettuato in data \_\_\_\_\_ La diagnosi di seguito specificata è stata formulata in conformità con il D.P.R. 309/90 attraverso le seguenti valutazioni di servizio:

anamnesi clinico tossicologica	SI	NO
visita medica	SI	NO
esami tossicologici e di laboratorio	SI	NO
colloquio psicologico	SI	NO
colloquio di orientamento sociale	SI	NO

Interventi di Servizio attivati o in corso (accennare sinteticamente ai periodi in cui i trattamenti sono stati praticati)

- Medico farmacologici	SI	NO
- Psicologici	SI	NO
- Supporto Sociale	SI	NO
- Riabilitativi	SI	NO

Note per l'accertamento della attualità o pregressa condizione di tossicodipendenza

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE**

Tossicodipendenza da .....

Consumatore di .....

Soggetto in fase di accertamento diagnostico .....

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge, su richiesta di .....

Gli operatori referenti dell'istruttoria

Il Dirigente Medico  
Dr.

Il Dirigente Psicologo  
Dr.

L' Assistente Sociale  
Dr.