

## 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 ad agitazione psicomotoria grave con impossibilità di contenimento relazionale e rifiuto di valutazione/trattamento;
- ☐ è uno/a psicotico/a in preda a un quadro psicopatologico acuto con compromissione del giudizio di realtà e/o grave disorganizzazione del comportamento;
- ☐ è in ideazione suicidaria attuale con intento, piano o mezzi disponibili, associata a rifiuto di valutazione/trattamento urgente;
- ☐ altro (specificare): \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_

(timbro e firma del medico proponente)

\_\_\_\_\_