

Data richiesta _____ Nome operatore _____
Richiedente: ☐ genitore; ☐ familiare; ☐ altro Tipo richiesta: ☐ telefonica ☐ altro

COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ Luogo _____

Residenza _____ via _____ n. _____ Q. _____

Nazionalità _____ Tel _____

Medico/Pediatra _____

Scuola Frequentata _____ classe _____

INVIANTE: ☐ PEDIATRA ☐ SCUOLA ☐ GENITORI ☐ MEYER ☐ PRIVATO ☐ CRO ☐ ALTRO

Precedente contatto con i servizi ☐ sì ☐ no

Richiesta medica: ☐ sì ☐ no Se sì spec. _____

Descrizione dei segni e sintomi _____

Condotte a rischio _____

Per DCA BMI: _____ (peso _____ altezza _____) amenorrea ☐ sì ☐ no da quando _____

Decremento peso nell'ultimo periodo: da quanto tempo _____ quanto peso _____

Modalità bulimiche _____

Assegnazione del caso in fascia di emergenza. ☐ sì ☐ no

Assume terapia farmacologica: _____

L.104/92 ☐ SÌ ☐ NO

e-mail _____

Data prima visita _____ Ore: _____ Operatore _____

Presenza di: ☐ genitori ☐ individuale ☐ famiglia Comunicato alla famiglia il: _____

CODICE ESENZIONE _____ FASCIA REDDITO _____