

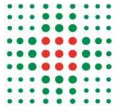
PRESENZE MENSILI

Degli utenti presso Laboratorio Artistico Artigianale

Mese di.....	
Nuovi ingressi nel mese	
Presenze nel mese A+B	
Assunti a tempo determinato ancora in carico SerDP	
Assunti a tempo indeterminato ancora in carico SerDP	
TOTALE FREQUENZE NEL MESE	
Percorsi conclusi nel mese	
Percorsi interrotti da operatore/abbandonati da utente	
Percorsi conclusi nel mese con assunzione	
TOTALE PERCORSI TERMINATI NEL MESE	

Data

Firma Ente Aggiudicatario



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Allegato 3

SCHEDA DI PROGETTO INDIVIDUALE A FAVORE DI

UTENTE

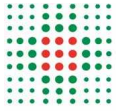
N.CARTELLA

IN CARICO AL SERDP

OPERATORE INCARICATO

DATA

Presentazione progetto :



SCHEMA DI PROGETTO DI GRUPPO A FAVORE DI

GRUPPO

IN CARICO AL SERDP

N.UTENTI PREVISTI

OPERATORE INCARICATO

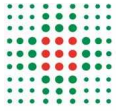
DATA

Presentazione progetto :

SCHEDA ATTIVITA' EDUCATIVE LOTTO 1B

ANNO		SPORTELLI LAVORO		ATTIVITA' EDUCATIVE/URLO
ATTIVITA'	SERDP	PERCORSI ATTIVATI	PERCORSI TERMINATI	N° UTENTI

INDICATORE 3 SPORTELLI LAVORO CHIUSI/ PROGETTI ATTIVATI STANDARD >= 60%	PROGETTI #DIV/0!
---	--------------------------------



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Allegato 5

SCHEMA DI INTERVENTO DI PROMOZIONE ALLA SALUTE

ISTITUZIONE/ENTE

TERRITORIO DEL SERDP

OPERATORE/I INCARICATO/I

DATA

Presentazione progetto :

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Allegato 6

SCHEDA RICHIESTA INTERVENTI DI PROMOZIONE ALLA SALUTE

IL RICHIEDENTE	
<input type="radio"/> SCUOLA <input type="radio"/> COMUNE/QUARTIERE <input type="radio"/> ASSOCIAZIONE	
INDIRIZZO	
TEL	
MAIL	

PROGETTO RICHIESTO

TITOLO PROGETTO	CLASSI	RIFERIMENTO
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>		

FIRMA

DA INVIARE A :@ausl.bologna.it

**SCHEDA SEGNALAZIONE UTENTE
(LABORATORIO ARTISTICO ARTIGIANALE)**

Cognome

Nome

Data e luogo di nascita

Residenza

Domicilio (se diverso)

Recapito telefonico

Titoli di studio

Esperienze lavorative:

Tirocini:

Attuale situazione abitativa e familiare:

Situazione economica:

Invalidità **no** **si** **percentuale**_____

Patente attiva **no** **si**

Eventuale diagnosi psichiatrica

Operatori di riferimento e ruolo:

Operatore che segnala

Data compilazione

Data presentazione

Utente (iniziali)	Servizio	Tipologia	Esito
		Nuovi ingressi	
		TiFo SerDP nel mese	
		Assunti ancora in carico al SerDP	
		Totale frequenze SerDP+....+ assunti nel mese	
		Totale interruzioni da operatore e abbandoni di utente nel mese	
		Totale conclusioni nel mese	
		Totale conclusioni con assunzione nel mese	
		Totale percorsi terminati nel mese	

PRESENZE COMPLESSIVE LABORATORIO ARTISTICO-ARTIGIANALE

Come compilare

Utente: iniziali, se nuovo scrivere "nuovo" accanto iniziali; **Servizio:** SerDP....; **Esito:** concluso, interrotto, abbandono



MODULO A - PROPOSTA INSERIMENTO IN COMUNITÀ
O SERVIZIO PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE

Cognome e nome _____ Ser.DP _____

Sesso M • F • T • Data e Luogo di nascita: ___/___/___ _____

Residenza (comune) _____ indirizzo _____

Domicilio (comune) _____ indirizzo _____

Cittadinanza: Italiana Straniera regolare Straniera irregolare

Stato Civile: Celibe Nubile Coniugato/a Separato/a Convive
Altro _____

Invalidità' SI perc. ___ No da richiedere

Titolo di studio _____ Situazione lavorativa _____

Situazione abitativa attuale _____

Posizione giuridica _____

Anno prima e ultima presa in carico _____ Diagnosi ICD-10 _____

Tipologia inserimento (legenda) _____

Servizi coinvolti _____

Area Sanitaria

Patologie _____

terapie farmacologiche _____

Anamnesi Tossicologica

Sostanze _____

età inizio _____

modalità' uso _____

comportamenti a rischio _____

Anamnesi psichiatrica

Diagnosi _____

scompensi _____

ricoveri _____



Area Psico-Socio-Riabilitativa

Risorse (cognitive, emotive, relazionali)

Criticità _____

Motivazione _____ al _____ cambiamento _____ e
aspettative _____

Consapevolezza del problema _____

Ulteriori elementi da segnalare _____

Rete familiare _____

Rete sociale _____

Esperienze lavorative _____

Esperienze formative _____

Ulteriori aspetti legali da segnalare

Operatore di riferimento SerDP _____ Tel _____

Medico di riferimento SerDP _____ Tel _____

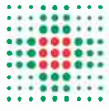
Psichiatra di riferimento: _____ SerDP CSM Tel _____

Struttura: _____

Operatore di riferimento: _____ Tel. _____

Data

Firma operatore SerDP



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Timbro Ente Accreditato



Timbro Ente Accreditato

Obiettivi area socio riabilitativa

- Adesione al contesto
- Miglioramento delle risorse relazionali
- Regolarizzazione posizione giuridico-amministrativa
- Acquisizione di competenze sociali e civiche
- Valutazione, individuazione e/o attivazione di risorse di rete sociale e familiare
- Valorizzazione di interessi individuali per il tempo libero
- Orientamento e attivazione percorso formativo e/o lavorativo
- Individuazione di soluzione abitativa
- Altri obiettivi

note _____

Aggiornamenti significativi (es. integrazioni alla diagnosi, nuovi operatori coinvolti...)

Prossima verifica prevista per il _____

Utente _____ Firma _____

Operatore referente per la struttura _____ Ente _____ Firma _____

Operatore referente per il SerDP _____ SerDP _____ Firma _____



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Timbro Ente Accreditato