

CARTELLA CLINICA

Data prima presa in carico _____
Data termine trattamento _____
Drop-out _____
Invio _____
ID del cliente _____

TEST PSICOLOGICI SOMMINISTRATI

Data	Tipo di test
Resoconto psicodiagnostico	

DATI ANAGRAFICI

Nome e Cognome	Genere
Luogo di nascita	Nazionalità
Data di nascita	Stato civile
Indirizzo della residenza attuale	
Telefono fisso	Cellulare
Persona importante di riferimento	Fisso/Cellulare

ASPETTI PSICOLOGICI

Esperienze e ricordi della prima infanzia
Esperienze e ricordi dell'età scolare
Esperienze e ricordi della preadolescenza
Esperienze e ricordi della prima adolescenza
Esperienze e ricordi della adolescenza vera e propria
Esperienze e ricordi della tarda adolescenza e della età adulta
Esperienze e rapporti con la famiglia d'origine: ❖ Con il padre: ❖ Con la madre:

❖ Con i fratelli e/o sorelle:
❖ Con altre figure significative nell'infanzia e nella adolescenza:
Esperienze e rapporti con il gruppo dei pari nell'infanzia
Esperienze e rapporti con il gruppo dei pari nell'adolescenza
Storia della comparsa di ogni eventuale sintomo
Tentato suicidio

EVENTI TRAUMATICI

--

STORIA SCOLASTICA E ASPETTI SOCIALI

Anni di scolarità	Titolo di studio
Ultima classe frequentata	
Eventuali abbandoni scolastici e loro probabili motivazioni	
Asilo	
Elementari	
Medie inferiori	
Medie superiori	
Rapporto con i compagni	
Rapporto con l'autorità	

LAVORO

Attività lavorativa attuale
Esperienze occupazionali precedenti

STORIA FAMILIARE

Composizione della famiglia di origine		
Padre	Età	Occupazione
Madre	Età	Occupazione
Fratelli/sorelle	Età	Occupazione
Eventi significativi della famiglia d'origine		
Stato attuale della famiglia d'origine		
Annotazioni su eventuali problematiche dei componenti della famiglia d'origine		
Situazione familiare attuale		
Marito/moglie	Età	Occupazione
Note		
Eventi significativi relativi alla situazione familiare attuale		
Eventuali segnalazioni all'autorità giudiziaria e provvedimenti relativi		

RELAZIONI IMPORTANTI O SIGNIFICATIVE

--

INFORMAZIONI GENERALI

Possesso della patente di guida ed eventuali provvedimenti di revoca
Eventuali incidenti stradali e situazione di salute correlata
Servizio militare, servizio civile, eventuale congedo anticipato
Possesso del porto d'armi ed eventuali provvedimenti di revoca
Eventuali esperienze con sostanze stupefacenti o alcol e problemi relativi
Denunce subite ed eventuali Condanne penali subite
Attuali procedimenti in corso
Trattamenti Sanitari Obbligatorii (TSO)

ASPETTI MEDICO SANITARI

Eventuali notizie sulla gravidanza e sul parto
Stato di salute alla nascita
Anamnesi fisiologica
Malattie esantematiche della prima infanzia
Eventuali altre patologie rilevanti della prima infanzia
Altre notizie riguardanti l'anamnesi patologica remota
Mestruazioni
Trasformazione corporea

Informazioni su eventuali malattie congenite della madre		
Informazioni su eventuali familiarità materne e paterne		
Eventuali malattie invalidanti della madre (cardiopatie, neoplasie, alcolismo, problemi psichiatrici)		
Eventuali malattie invalidanti del padre (cardiopatie, neoplasie, alcolismo, problemi psichiatrici)		
Eventuali patologie rilevanti in altri componenti del nucleo familiare originario		
Eventuali patologie manifestatesi nel periodo scolastico		
Eventuali patologie manifestatesi nel corso dell'adolescenza		
Eventuale utilizzo di farmaci		
Eventuali problemi odontoiatrici e/o dermatologici		
Eventuali epatiti o altre patologie epatiche		
Malattie sessualmente trasmissibili		
Altre malattie infettive		
Altre notizie riguardanti l'anamnesi patologica recente		
Rapporti con il medico di base		
Altro		
Medico di base	Fisso/Cellulare	Reperibilità
Medico psichiatra	Fisso/Cellulare	Reperibilità