|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\CStellini\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\IXTASWVV\ATS_Milano.jpg | Dipartimento Cure Primarie  Via Statuto, 5, Milano - 20121 - Tel. +39 02 8578 2133  Pec : [dipartimentocureprimarie@pec.ats-milano.it](mailto:dipartimentocureprimarie@pec.ats-milano.it)  Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 52 - CF e P.IVA 09320520969 | Class. 2.5.03 |

Il/la sottoscritto/a dott. …………………………………………, medico di Continuità Assistenziale della , ATS della Città Metropolitana di Milano avendo tentato di sottoporre a visita senza però riuscirvi poiché lo/a stesso/a si sottrae attivamente al contatto rifiutando la propria collaborazione il Signor/a:

Cognome:………………………………………………Nome:……………………………………………………..…

Nato a ……………………………………il………….………….. Residente a: ………… …………………..…......

Via …………………………………………………………………Cittadinanza:……………………………..………

In base ai dati in mio possesso, avendo ravvisato che (manifestazioni cliniche/comportamentali):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ho il fondato sospetto che il paziente soffra di un disturbo psichico tale da richiedere urgente intervento terapeutico.

Visto che non intende accettare una visita psichiatrica propongo pertanto accertamento sanitario obbligatorio da attuarsi il prima possibile da parte di un medico psichiatra della struttura pubblica preferibilmente presso:

⁭ domicilio del paziente

⁭ CPS (Centro Psico Sociale) di via ………………………………………………………………………………..

⁭ Pronto Soccorso dell’ ASST……………………………………… di ……………………………………………...

⁭ Ambulatorio del medico di Medicina Generale.

Luogo e data,………………………… Il Medico di Continuità Assistenziale

(timbro e firma)