

*Dipartimento di Salute Mentale*

SCHEDA: PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE - PTI

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_

CSM \_\_\_\_\_ n. cartella \_\_\_\_\_

**Motivazioni della presa in carico:**

Diagnosi (ICD IX CM) \_\_\_\_\_

Funzionamento psicosociale: ottimo , buono , mediocre , deficitario

Rete sociale/familiare: presente , deficitaria , assente

Precedenti trattamenti: farmacoterapia , psicoterapia , residenziale/semiresidenziale , assente

**Obiettivi del PTI:**

1. \_\_\_\_\_ verifica \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ verifica \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ verifica \_\_\_\_\_

**Equipe:**

Psichiatra \_\_\_\_\_ Psicologo \_\_\_\_\_

Infermiere \_\_\_\_\_ Assistente sociale \_\_\_\_\_

Referente del PTI (Case manager) \_\_\_\_\_

**Programma di cura:**

- Colloqui psichiatrici  SI - NO ..... frequenza \_\_\_\_\_
- Colloqui psicologici  SI - NO ..... frequenza \_\_\_\_\_
- Farmacoterapia  SI - NO ..... (frequenza depot \_\_\_\_\_)
- Psicoterapia  SI - NO ..... Frequenza \_\_\_\_\_
- Interventi domiciliari  SI - NO ..... frequenza \_\_\_\_\_
- Coinvolgimento / sostegno ai familiari  SI - NO
- Interventi sociali  SI - NO
- Attivazione risorse sociali  SI - NO
- Interventi riabilitativi  SI - NO
- Interventi di inserimento lavorativo  SI - NO
  
- Inserimento al Centro Diurno  SI - NO ..... sede del CD \_\_\_\_\_
- Inserimento in Struttura Residenziale  SI - NO .. sede/tipo SRP \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ durata \_\_\_\_\_

Data Compilazione PTI \_\_\_\_\_ Data revisione \_\_\_\_\_

Firma referente \_\_\_\_\_ Visto Direttore UOC \_\_\_\_\_

Sottoscrizione utente (Amministratore di sostegno) \_\_\_\_\_