

SCHEMA CLINICA

N. _____ / _____

Data _____

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ sesso M F

Codice fiscale _____ cittadinanza _____

Anno migrazione _____ lingua madre _____ paese origine _____

Residenza _____ via _____

Domicilio _____ via _____

Tel _____ e-mail _____

Titolo di studio _____

Condizione professionale/ lavorativa _____

Stato civile _____

MMG _____ tel _____

Inviante _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA _____

Sintomatologia attiva _____

STORIA PERSONALE

Nucleo familiare / descrizione e risorse _____

Relazioni affettive attuali e/o pregresse _____

Rete sociale / descrizione e risorse _____

Interessi e hobby _____

Storia scolastica/lavorativa _____

Relazioni scolastiche/lavorative attuali _____

Malattie organiche attuali e/o pregresse _____

Eventi rilevanti e/o traumatici personali e/o familiari _____

Terapia farmacologica attuale/pregressa _____

Terapia psicofarmacologica attuale/pregressa _____
_____ (Referente Psichiatra _____)

Abitudini di vita _____

Abitudini alimentari _____

Ritmo sonno-veglia _____

- Alcolici SI NO _____ per die
- Fumo SI NO _____ per die
- Uso sostanze stupefacenti SI NO _____

STORIA CLINICA

Anamnesi psicologica familiare

Problemi psichici _____

Gravi conflitti familiari/separazioni/divorzi _____

Lutti _____

Problemi economici _____

Altro _____

Anamnesi psicologica personale

Storia del disagio _____

Eventi scatenanti e contesto in cui si è manifestato il problema _____

Precedenti colloqui psicologici e/o psicoterapie _____

Analisi delle Life Skills e delle risorse personali

Gestione delle emozioni _____

Consapevolezza _____

Pensiero creativo _____

Empatia _____

Gestione dello stress _____

Pensiero critico _____

Prendere decisioni _____

Relazioni efficaci _____

Comunicazione efficace/assertività _____

Capacità di organizzare il lavoro/ studio _____

Capacità di lavorare in gruppo _____

Spirito di iniziativa _____

Livello di autonomia _____

ANALISI DELLA DOMANDA

Esame di realtà e capacità di Insight _____

Capacità introspettiva _____

Stile di attaccamento: Sicuro Ansioso-evitante
 Ansioso- Ambivalente Disorganizzato

Aree di disagio riferite dal paziente _____

Aspettative del paziente _____

Vantaggi del cambiamento _____

Svantaggi del cambiamento _____

Eventuali test e questionari somministrati _____

Esame obiettivo (vestiario, cura di sé, eloquio, motricità, gestualità, agitazione, ecc.) _____

Valutazione psicologica e ipotesi diagnostica _____

Esito della valutazione:

Solo Consulenza _____

Invio ad altro professionista _____

Presa in carico

(Riservato al professionista)

