



**Scheda di esame clinico per la valutazione dello stato di ebbrezza o
sotto l'influenza dell'alcool e/o di alterazione da sostanze stupefacenti
e/o psicotrope**

Struttura in cui viene effettuato l'esame clinico: _____

Unità Operativa (U.O.) in cui viene effettuato l'esame clinico: _____

Nome cognome Sanitario che effettua l'esame clinico: _____

Data dell'esame clinico __/__/__

Ora dell'esame clinico __/__/__

DATI DEL SOGGETTO

Cognome..... Nome

data di nascita luogo di nascita

Residente a..... Via/Piazza..... n..... Città.....

Documento identificativo.....

Recapito telefonico

Indirizzo mail o di p.e.c.....

Il Soggetto accetta l'esame clinico

SI

NO

Per Accettazione

Non accettazione

Firma del Sanitario



ANAMNESI

Anamnesi Familiare

Anamnesi Fisiologica

Anamnesi Patologica

Anamnesi Traumatologica

Anamnesi Neurologica e/o Psichiatrica

Anamnesi Farmacologica:

Anamnesi Tossicologica:

ALCOOL SI NO

- USO ATTUALE USO PREGRESSO dal _____ al _____

SOSTANZE SI NO Se SI, indicare la/le sostanza/e nella tabella sottostante

Sostanza Assunta	USO ATTUALE	USO PREGRESSO
<input type="checkbox"/> Eroina	<input type="checkbox"/>	dal _____ al _____
<input type="checkbox"/> Morfina	<input type="checkbox"/>	dal _____ al _____
<input type="checkbox"/> Metadone	<input type="checkbox"/>	dal _____ al _____
<input type="checkbox"/> Buprenorfina	<input type="checkbox"/>	dal _____ al _____
<input type="checkbox"/> Cocaina	<input type="checkbox"/>	dal _____ al _____
<input type="checkbox"/> Cannabinoidi	<input type="checkbox"/>	dal _____ al _____
<input type="checkbox"/> Ecstasy (MDMA)	<input type="checkbox"/>	dal _____ al _____
<input type="checkbox"/> Amfetamine	<input type="checkbox"/>	dal _____ al _____
<input type="checkbox"/> LSD – Altri Allucinogeni	<input type="checkbox"/>	dal _____ al _____
<input type="checkbox"/> Sedativi (benzodiazepine, barbiturici)	<input type="checkbox"/>	dal _____ al _____



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1



REGIONE
LAZIO

ESAME OBIETTIVO MEDICO

PA: ____/____ Fc: ____ /min

Peso: ____ kg Altezza: ____ cm

Segni e/o sintomi fisici e psichici di ebbrezza alcolica o sotto l'influenza dell'alcool

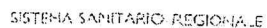


Segni e/o sintomi fisici e psichici di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope, farmaci compresi (Vedi Tabella seguente)

— Segni e sintomi di intossicazione acuta da sostanze stupefacenti o psicotrope

- ☐ NO
☐ Sì quali.....

Segni clinici di intossicazione acuta	Allu cino geni	Amf eta min e	Bar bitu rici	Ben zodi aze pine	Bup ren orfi na	Can nabi s	Coc aina	Ecst asy	Met ado ne	Mor fina	Oppi acci
<input type="checkbox"/> Euforia	x	x			x	x	x	x	x		x
<input type="checkbox"/> Linguaggio spedito, velocità di pensiero		x					x	x			
<input type="checkbox"/> Eloquio sciolto, riso contagioso						x					
<input type="checkbox"/> Aumento della vigilanza, potenziamento delle energie, loquacità		x					x				
<input type="checkbox"/> Irritabilità, ansia, disforia, aggressività		x					x				
<input type="checkbox"/> Rilassamento			x	x		x		x			x
<input type="checkbox"/> Intensificazione delle esperienze sensoriali, sinestesie	x					x					
<input type="checkbox"/> Aumento fiducia in sé stessi, autostima		x					x	x			
<input type="checkbox"/> Affabilità, sensibilità, intimità								x			
<input type="checkbox"/> Irrequietezza psico – motoria		x					x	x			
<input type="checkbox"/> Apatia	x		x	x	x	x			x		x
<input type="checkbox"/> Rallentamento psicomotorio	x		x	x	x	x			x		x
<input type="checkbox"/> Disorientamento spazio – temporale	x		x	x		x					
<input type="checkbox"/> Deficit della capacità critica	x		x	x	x	x			x		x
<input type="checkbox"/> Eloquio indistinto	x		x	x	x	x			x		x
<input type="checkbox"/> Deficit dell'attenzione e della memoria	x		x	x	x	x			x		x
<input type="checkbox"/> Sonnolenza	x		x	x	x	x			x		x
<input type="checkbox"/> Insonnia		x					x	x			
<input type="checkbox"/> Allucinazioni visive – uditive – cinestesiche	x					x					
<input type="checkbox"/> Ansia						x	x				
<input type="checkbox"/> Panico						x	x				
<input type="checkbox"/> Ideazione paranoide						x	x				
<input type="checkbox"/> Prurito – grattamento – strofinamento					x				x	x	x
<input type="checkbox"/> Miosi					x				x	x	x
<input type="checkbox"/> Midriasi		x					x	x			
<input type="checkbox"/> Iperemia congiuntivale						x					
<input type="checkbox"/> Ptosi palpebrale					x				x	x	x
<input type="checkbox"/> Diminuzione dei riflessi corneali					x				x	x	x
<input type="checkbox"/> Tachicardia	x	x				x	x	x			
<input type="checkbox"/> Ipertensione	x	x				x	x	x			
<input type="checkbox"/> Ipotensione	x		x	x	x	x			x	x	x
<input type="checkbox"/> Tremore		x		x			x	x			
<input type="checkbox"/> Digricamento dei denti		x									
<input type="checkbox"/> Tensione mascellare		x									
<input type="checkbox"/> Sudorazione		x					x	x			
<input type="checkbox"/> Nausea						x					
<input type="checkbox"/> Vomito					x				x		x

ASL
ROMA 1

- VALUTAZIONE COMPORTAMENTALE
(con particolare riferimento all'esistenza o meno di alterazione psicofisica)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



ACCERTAMENTI TOSSICOLOGICI

Data _____

Accertamento per uso di alcol

Accertamento per uso di sostanze stupefacenti

Matrice ematica

Aliquota	Metodo di indagine	Data	Luogo/laboratorio	Positività a:	Nota /Richiamo allegati
A- screening	- Test rapido				
	- Test immunochimico presso laboratorio				
B- conferma	- GC/MS				
	- LC/MS				
C- revisione					

Matrice salivare

Aliquota	Metodo di indagine	Data	Luogo/laboratorio	Positività a:	Nota /Richiamo allegati
A- screening	- Test rapido				
	- Test immunochimico presso laboratorio				
B- conferma	- GC/MS				
	- LC/MS				
C- revisione					



- *DIAGNOSI CONCLUSIVA*

A seguito degli accertamenti clinici e di laboratorio effettuati in data _____

si attesta che il/la sig./sig.ra _____

presenta un quadro clinico caratterizzato da:

☐ "stato di ebbrezza alcolica o sotto l'influenza dell'alcool",

con concentrazione ematica di alcol pari a _____ g/l

☐ "stato di alterazione psico-fisica da sostanze stupefacenti e/o psicotrope".

con concentrazione ematica di _____ pari a _____ ng/ml

☐ "assenza di stato ebbrezza alcolica, di segni e/o sintomi fisici e psichici di assunzione di alcool; assenza di alterazione psico-fisica da sostanze stupefacenti e/o psicotrope"

Il Sanitario Responsabile

Data _____