

TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Al signor Sindaco

del Comune di

Generalità del malato (cognome e nome)

Luogo e data di nascita

Residenza

Diagnosi medica

.....

Considerato che esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici:

Accertato che il paziente rifiuta gli urgenti interventi terapeutici richiesti dal caso:

Rilevato che le tempestive misure sanitarie extraospedaliere adottate non risultano attualmente idonee;

il sottoscritto Dott.

qualifica

.....

PROPONE

Che alla persona in oggetto sia praticato trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera presso il Servizio Psichiatrico dell'Ospedale Civile di

.....,/...../.....

.....

Firma

CONVALIDA DELLA PROPOSTA

Il sottoscritto Dott.

qualifica

Vista la suesposta relazione sanitaria; Constatato la veridicità e l'esattezza delle notizie in essa contenute; Preso atto che attualmente non sussistono le condizioni e le circostanze che consentano l'adozione di idonee misure extraospedaliere; Convalida, ai sensi dell' art. 2 della legge 13 maggio 1978, n°180, la proposta del medico Dr

.....,/...../.....

.....

Timbro e firma