
C.d.I. in Psicologia clinica e di comunità
Informatica - Prof. De Feo

*LA CARTELLA CLINICA
e l'utilizzo del programma Aeclletta*

Di Basiglio Daniela
Mosca Sara
Pession Sarah
Reiner Simona
Sattanino Marta
Sozza Roberta
Viola Sara
Vono Ilaria

INDICE

1. CHE COS'E'	3
2. A CHE COSA SERVE	4
3. COM'è STRUTTURATA	5
4. LA COMPILAZIONE CON AECLETTA	6
 MATERIALE DI RIFERIMENTO	 18
 ALLEGATO	 19
A) stampa della cartella clinica di un caso	

1. CHE COS'E'

La cartella clinica è la raccolta di informazioni relative ai singoli pazienti compilata dal professionista sanitario. Si può riferire a diversi tipi di ricovero:

- ordinario
- giornaliero
- attività ambulatoriale

Secondo il Comprehensive accreditation manual for Hospitals dell' JCAHO degli USA, le principali informazioni che la cartella deve contenere sono:

- identificazione del paziente
- ipotesi di diagnosi
- giustificazione e proposta di trattamento
- documentazione accurata del decorso dei risultati
- facilitazione del lavoro di equipe

I dati che vengono riportati nella cartella clinica possono essere forniti direttamente dal paziente, dai servizi diagnostici, dalle cartelle precedenti o dai medici. E' importante che l'origine dei dati venga specificata e sia attendibile.

La cartella deve essere compilata in modo completo in ogni sua parte; devono inoltre essere garantite chiarezza e leggibilità, relative sia alla terminologia specialistica usata, sia alla grafia. Le singole annotazioni devono essere firmate o siglate dall'operatore.

Il documento ha valore di atto pubblico e qualsiasi alterazione nella sua forma originale rappresenta un reato. A tal proposito, l'articolo 23 del codice deontologico afferma che:

“La cartella clinica deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate”.

E' responsabilità del primario (direttore) la compilazione e la conservazione della cartella clinica fino a quando verrà schedato nell'archivio centrale; in tali compiti collaborano anche l'Aiuto e l'Assistente nonché tutto il personale sanitario, in quanto incaricato del trattamento dei dati. Il contenuto può essere visionato anche dal paziente in qualsiasi momento e qualsiasi altra persona da lui delegata. Possono infine accedervi personale sanitario e giuridico coinvolto nel caso in questione.

2. A CHE COSA SERVE

L'utilizzo della cartella clinica è funzionale ad avere un quadro generale del paziente, della sua situazione e degli eventuali disturbi per cui ha richiesto l'aiuto psicologico.

Essa conterrà elementi indicativi e considerazioni riguardanti il soggetto, formulati dallo specialista e dall'equipe che ha preso in carico il caso.

La creazione di una cartella clinica serve inoltre alla comunicazione tra specialisti. Qualunque uso e/o diffusione di dati contenuti al suo interno, che esulino dall'intento di condividere informazioni tra coloro che si occupano del paziente, è ritenuto perseguibile legalmente.

Gli tre obiettivi principali sono:

1. Compilazione: immagazzinare informazioni
2. Interrogazione: per consultare ed ordinare i dati del paziente
3. Conservazione: stabilità dell'informazione nel tempo

I vantaggi della refertazione sono:

- Favorire il percorso di continuità di cura (es. ospedale-territorio/ASL)
- Confrontare tra cartelle cliniche differenti
- Effettuare delle stime
- Paragonare l'andamento effettivo del percorso terapeutico con le ipotesi iniziali
- Visualizzare l'andamento temporale di alcuni valori
- Uniformare la comunicazione su percorso terapeutico (per es. in caso di trasferimento da un luogo ad un altro)
- Uniformare le procedure, per esempio in ambito medico-legale
- Permettere il riassunto dei dati raccolti
- Offrire opportunità di confronto/integrazione tra le figure professionali che si occupano dello stesso paziente e costruzione di un percorso professionale condiviso
- Documentare l'attività svolta
- Consentire la rintracciabilità di tutte le attività svolte

3. COM'è STRUTTURATA

La cartella clinica deve documentare le diverse fasi del rapporto con il paziente. Ogni fase rappresenta un'area che deve essere compilata all'interno della cartella.

FASE 1 - ACCETTAZIONE

Comprende dati anagrafici e dati relativi ai motivi e alle modalità di ricovero e/o presa in carico.

FASE 2 - RACCOLTA DI DATI IN ENTRATA E BISOGNI

Possono essere inseriti dati anamnestici, quali anamnesi familiare e patologica, e i dati clinici: l'esame obiettivo, autonomia, stato del paziente ed eventuali esami portati dal paziente.

FASE 3 - GESTIONALE

Vengono definiti i bisogni clinici, le prime ipotesi diagnostiche e viene formulato un piano di assistenza diagnostica e terapeutica.

E' necessario inserire infine il monitoraggio e la registrazione della progressione dell'iter assistenziale-diagnostico-terapeutico-riabilitativo e le sue variazioni.

FASE 4 - COMUNICAZIONE

Riguarda le comunicazioni che vengono date al paziente, ai familiari e alle persone autorizzate.

FASE 5 - DIMISSIONE

A questo punto viene stilata una relazione completa su quanto è emerso in base alla registrazione degli atti, i risultati dei test e la valutazione di questi. In questa fase è inclusa la fase della gestione della documentazione disponibile e indicazioni relative ad un eventuale follow up.

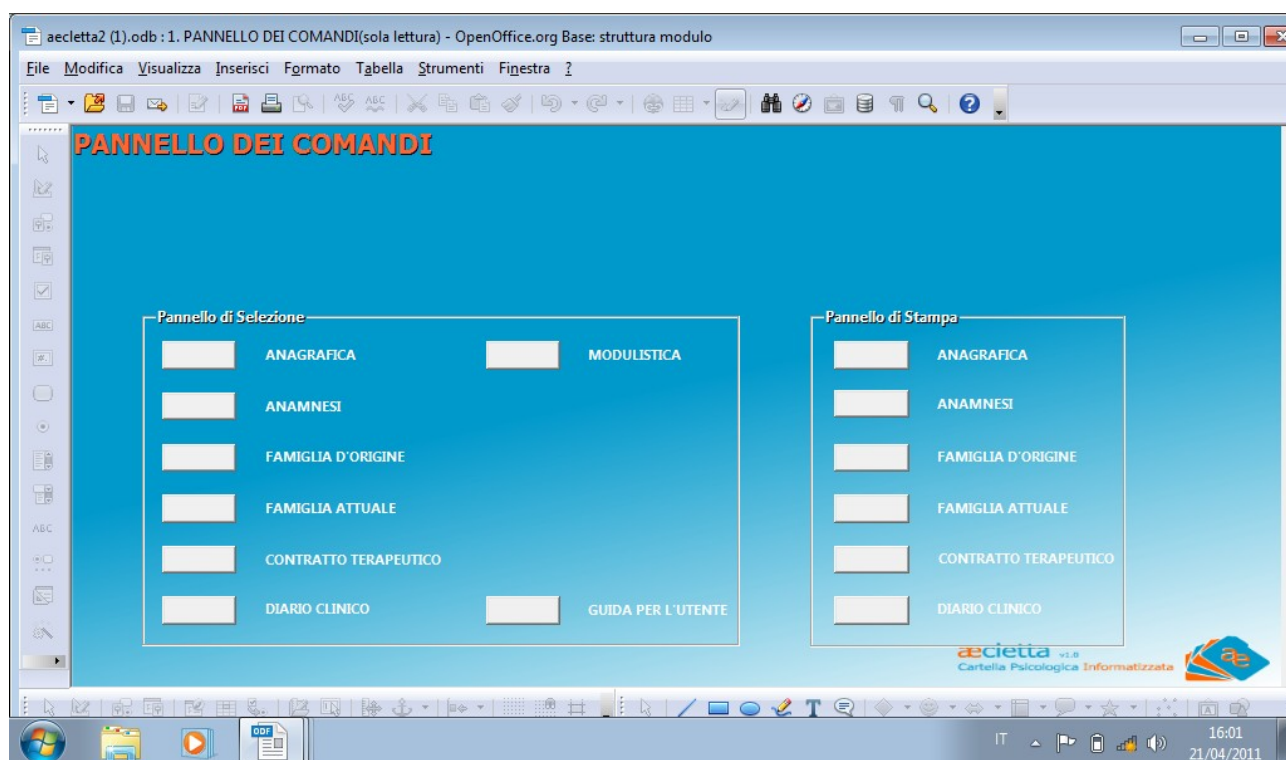
4. LA COMPILAZIONE CON AECLETTA

Aecletta è un software che permettere di creare e gestire in maniera semplice e veloce una cartella psicologica informatizzata per ogni paziente.

Ogni professionista della Salute mentale (psichiatra, psicologo clinico , psicoterapeuta...) può utilizzarlo secondo la propria sensibilità clinica e formazione personale, modificando, in qualsiasi momento, il diario delle sedute.

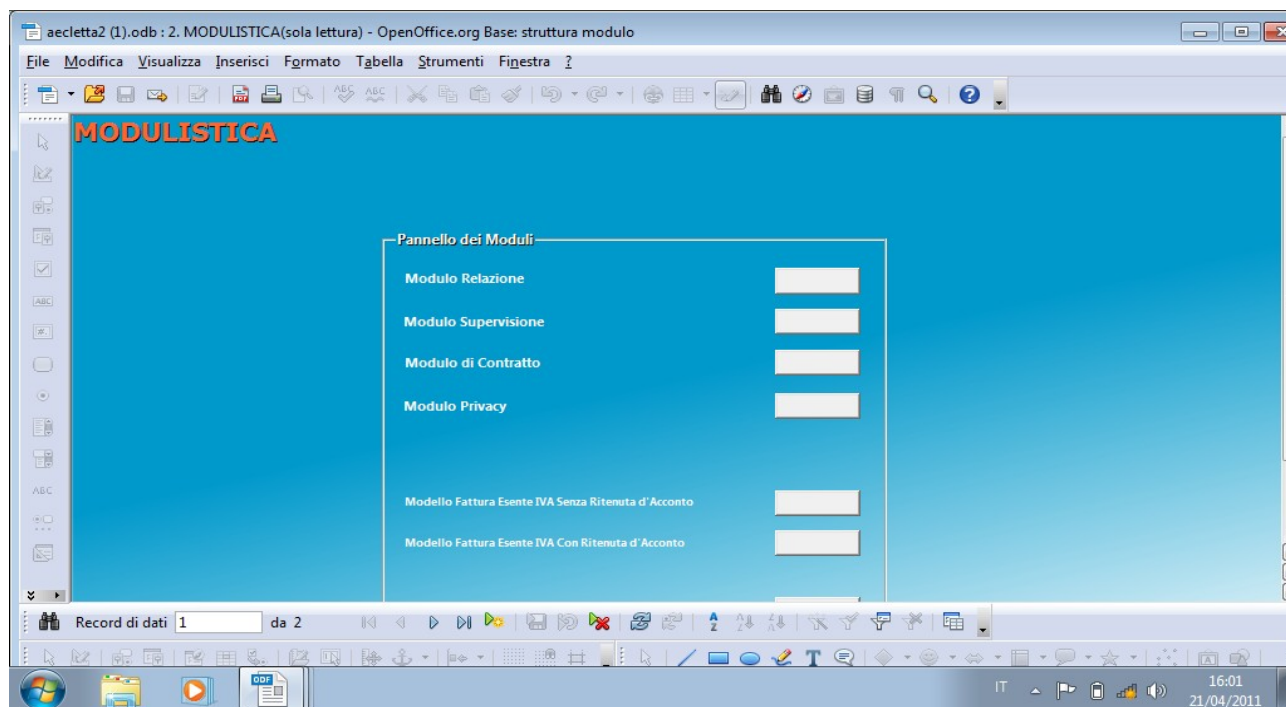
Aeclette è' composto da vari archivi e/o formulari:

Pannello dei comandi



Offre semplicemente una panoramica generale delle funzioni che si possono utilizzare.

Modulistica



In tale sezione si possono trovare moduli già preparati per diverse occasioni quali *relazione*, *supervisione*, *contratto*, *privacy*.

Per quanto riguarda il *modulo Relazione* è necessario specificare l'oggetto della relazione e nome e cognome del signore/cliente.

La *scheda di supervisione* corrisponde al secondo modulo ed in questa bisogna compilare nome e cognome del supervisore e del paziente/cliente, in che luogo ed in che data si svolge la seduta più eventuali appunti notati durante la stessa. Nell'ultima parte del modulo bisogna compilare il diario della seduta ed eventuali note riguardo a questa. Si scrivono poi gli estremi dei partecipanti al contratto (nome e cognome, giorno e luogo di nascita).

Con il *contratto terapeutico* si conviene quanto segue:

- Il giorno di inizio della psicoterapia
- Il tipo di psicoterapia (individuale, di coppia o familiare)
- Su quale modello psicologico è basato il trattamento
- In quante sedute e a quale cadenza è articolata la psicoterapia
- Quant'è il costo di ogni seduta e il contributo legale del 2%
- La modalità in cui il cliente si impegna a saldare la parcella (al termine di ogni seduta, all'ultima seduta del mese o altro)
- In caso di assenza del cliente la seduta saltata verrà ugualmente corrisposta al terapeuta a meno che questi non sia stato avvertito almeno 24 ore prima o l'assenza non sia dovuta a motivi imprevedibili, a meno che non ci siano accordi diversi tra terapeuta e cliente/paziente.
- Il terapeuta può, nel caso lo ritenga opportuno per il cliente, interrompere la terapia. In questo caso fornirà i nominativi di tre colleghi con i quali il cliente, se lo vorrà, potrà scegliere di continuare la psicoterapia. Anche il cliente potrà interrompere la terapia

quando lo vorrà, consapevole però del fatto che i risultati potranno non essere soddisfacenti

- Il terapeuta durante il lavoro farà riferimento al codice deontologico degli psicoanalisti italiani.
- I numeri telefonici, le e-mail, gli indirizzi e gli orari in cui il cliente potrà comunicare con il terapeuta

Il *modulo Privacy* chiede al cliente l'autorizzazione al trattamento dei dati personali per quel che riguarda lo svolgimento dell'attività professionale:

Nota informativa per il trattamento dei dati e raccolta del consenso

ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003

Gentile Signore/a,

desideriamo informarla che, al fine dello svolgimento dell'incarico professionale conferitoci, sarà necessario operare il trattamento dei dati personali e dei dati sensibili che saranno raccolti.

Prima di richiederLe il consenso scritto necessario per il trattamento, Le forniamo le seguenti indicazioni.

- ☐ Il trattamento è finalizzato unicamente allo svolgimento dell'attività professionale, e sarà effettuato mediante: (inserimento in computer, appunti scritti, altro:)¹
- ☐ Il conferimento dei dati è facoltativo, ma è necessario per l'instaurazione e la prosecuzione del rapporto professionale.
- ☐ I dati saranno trattati nel rispetto dei principi della correttezza, liceità e trasparenza dettati dal D.lgs 196/2003, e non saranno comunicati ad altri soggetti se non con il suo consenso.
- ☐ I dati potranno essere comunicati ad un dottore commercialista per finalità contabili.
- ☐ Il titolare del trattamento è ²
- ☐ Il responsabile del trattamento è ³
- ☐ I suoi diritti in relazione al trattamento sono quelli previsti dell'art. 7 del D.lgs 196/2003 che, di seguito, riportiamo per esteso.

Art. 7. Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Consenso

ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003

Il sottoscritto,

acquisite oralmente/per iscritto⁴ le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs 196/2003, conferisce al dott. , il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali e sensibili.

Data..... Firma.....

All'interno del Pannello dei moduli ci sono anche quattro possibilità di fatturazione.

In tutte e quattro le schede vengono indicati il nome e l'indirizzo del professionista o della ditta che fattura. Ogni professionista (o ditta) deve avere una propria partita IVA (imposta sul valore aggiunto) che va indicata. Inoltre deve essere inserito il nome, l'indirizzo e il codice fiscale (se privato) o la partita IVA (se azienda) del cliente. Infine bisogna indicare data ed il numero di fattura. Va anche aggiunta la descrizione della prestazione.

Le quattro possibilità di fatturazione sono:

1. MODELLO FATTURA ESENTE IVA SENZA RITENUTA D'ACCONTO
2. MODELLO FATTURA ESENTE IVA CON RITENUTA D'ACCONTO
3. MODELLO FATTURA CON IVA SENZA RITENUTA D'ACCONTO
4. MODELLO FATTURA CON IVA E CON RITENUTA D'ACCONTO

Diario Clinico

The screenshot shows the 'Diario Clinico' form in OpenOffice.org Base. The form is titled 'DIARIO CLINICO' in orange. It has a blue background. The top section is for patient information, with fields for 'Cognome', 'Nome', and 'Data di Nascita' (format GG/MM/AAAA). Below this is a large text area for 'Appunti Seduta'. To the right of the text area are fields for 'Data', 'Pagato', 'Importo', and 'Fatturato'. The bottom of the form shows a status bar with 'Record di dati 1 da 1' and a system tray with the date 19/04/2011.

La sezione del programma dedicata alla compilazione del diario clinico è composta da una parte iniziale all'interno della quale sarà possibile introdurre i dati del paziente/cliente, quali (in ordine):

- *Cognome*
- *Nome*
- *Data di nascita (gg/mm/aaaa)*

A questa segue una parte necessaria al fine di riportare gli appunti della seduta; a fianco ad ogni apposita casella addetta a questo scopo, potranno essere introdotti i seguenti dati relativi alla seduta (in ordine):

- *Data della seduta*
- *Pagato*
- *Importo*
- *Fatturato*

Scheda paziente – *anagrafica*

Record di dati 1 da 2

Pagina 1 / 1

Grazie alla creazione della Scheda Anagrafica, il programma Aeclletta ci dà la possibilità di organizzare al meglio tutti i dati anagrafici dei pazienti.

Con dati anagrafici intendiamo *nome*, *cognome* e *data di nascita* del soggetto. In particolare queste tre informazioni occupano un ruolo di rilievo rispetto le altre, infatti esse sono posizionate nella parte superiore del foglio di lavoro.

A questi dati, vengono aggiunti successivamente il *sex*, il *luogo di nascita* e tutti i dati inerenti al luogo come la *provincia* e la *nazione*.

Si inserisce l'*età* del soggetto, il suo *indirizzo* attuale di residenza e tutti i dati inerenti a tale indirizzo quali *CAP*, *città* e *provincia*.

C'è la possibilità di inserire eventuali recapiti telefonici, tra cui un numero di *telefono di casa* e un numero di *telefono del lavoro*, un *numero di cellulare* ed eventualmente un secondo numero di cellulare qualora il paziente ne fosse in possesso.

Viene ancora richiesto di inserire: un *indirizzo mail* valido, il *codice fiscale* e se il paziente ne è in possesso, viene richiesto il numero di *partita iva*; una casella è dedicata al *titolo di studio* del soggetto e un'altra si concentra sull'attuale *occupazione* di quest'ultimo.

Infine un'ampia casella è dedicata alla sezione riguardante gli *Interessi/Hobby* dell'individuo.

Scheda paziente – *anamnesi*

The screenshot shows a software interface for patient history (anamnesi) within OpenOffice.org Base. The window title is 'aeeletta2 (1).odb : 5.1 SCHEDA PAZIENTE - Anamnesi(sola lettura) - OpenOffice.org Base: struttura modulo'. The interface has a blue background with the title 'ANAMNESI' in red. Below the title, there are input fields for 'Paziente/Cliente' (Cognome, Nome, Data di Nascita) and two large text areas for 'Malattie Pregresse' and 'Medicine Assunte'. The 'Data di Nascita' field has a date format 'GG/MM/AAAA'. The 'Malattie Pregresse' and 'Medicine Assunte' fields have a 'Max 500 Caratteri' label. The form is displayed in a window titled 'aeeletta2 (1).odb : 5.1 SCHEDA PAZIENTE - Anamnesi(sola lettura) - OpenOffice.org Base: struttura modulo'. The status bar at the bottom shows 'Record di dati 1 da 2' and the date '15:51 21/04/2011'.

La *Scheda Anamnesi* permette di raccogliere notizie relative alla storia clinica del paziente, di modo che il terapeuta possa svolgere una diagnosi più accurata e iniziare a fare le prime ipotesi terapeutiche.

Per primi vengono raccolti i dati utili a identificare il soggetto, relativi quindi al *cognome*, *nome* e *data di nascita*.

In seguito il terapeuta dovrà inserire alcuni dati riferiti direttamente dal paziente:

- *malattie pregresse*
- *medicine assunte*
- *sostanze d'abuso*
- *eventuali precedenti ricoveri*
- *psicoterapie o altri trattamenti precedenti*
- *l'inviante*, ovvero colui che ha mandato il paziente a questo specifico terapeuta
- *il motivo della consultazione*
- *la sintomatologia riferita*

Infine il programma permette di compilare alcune voci relative a ipotesi e note del terapeuta stesso, quali:

- *osservazioni cliniche*: prime osservazioni relative ai vari incontri con il paziente
- *note*: indicazione di chi opera la raccolta dei dati o dell'evento, quando è avvenuto, il grado di certezza del reperto rilevato
- *test somministrati*
- *elementi principali emersi dai test*
- *ipotesi cliniche e progetto terapeutico*: il terapeuta ha la possibilità di inserire una diagnosi provvisoria in base alle prime osservazioni e impostare un piano terapeutico.

Scheda paziente – *contratto terapeutico*

CONTRATTO TERAPEUTICO

Paziente/Cliente

Cognome Nome Data di Nascita

Data

Diagnosi

Trattamento Consigliato

Parcella Stabilita €

Modalità di Pagamento

aetletta v1.0
Cartella Psicologica Informatizzata

Record di dati: 1 da 2

Pagina 1 / 1

Predefinito

STD

10:40 21/04/2011

La scheda *Contratto terapeutico* permette di inserire i dati fondamentali che riguardano il trattamento che si intende seguire.

Inizialmente si devono inserire i dati relativi al paziente: *cognome*, *nome* e *data di nascita*.

In seguito, dopo aver precisato la *data* in cui si stipula il contratto, il terapeuta è tenuto a specificare la *diagnosi* e il *trattamento* che si decide di intraprendere.

Le ultime due voci sono dedicate all'aspetto economico, ovvero viene stabilita la *parcella* e la *modalità di pagamento*.

Scheda paziente – *famiglia attuale*

FAMIGLIA ATTUALE

Paziente/Cliente

Cognome Nome Data di Nascita GG/MM/AAAA

Vive nella Famiglia d'Origine ☐

Coniugato ☐

Convivente ☒

Età Coniuge/Convivente

Single ☐

Vedovo/a ☐

Record di dati 1 da 2

15:53 21/04/2011

La scheda del paziente sulla famiglia attuale raccoglie le informazioni riguardanti lo stato coniugale e la famiglia attuale del paziente. Vengono registrati per prima cosa *cognome*, *nome* e *data di nascita* del paziente; successivamente viene richiesto di indicare il suo *stato coniugale*: coniugato, convivente, (riportando anche l'età coniuge convivente), single o vedovo. Viene richiesto al paziente se ha dei *figli* e se risponde affermativamente di indicarne il *numero*. Infine vengono annotate eventuali osservazioni sulla *famiglia attuale* e sulle *relazioni affettive precedenti*.

Scheda paziente – *famiglia d'origine*

The screenshot shows a database form titled "FAMIGLIA D'ORIGINE" within the OpenOffice Base application. The form is designed for data entry and includes the following fields:

- Paziente/Cliente**: A header section containing three input fields: "Cognome", "Nome", and "Data di Nascita" (with a date format mask GG/MM/AAAA).
- Padre**: A text input field.
- Vivente**: A checkbox.
- Età**: A text input field.
- Occupazione**: A text input field.
- Madre**: A text input field with a "Max 40 Caratteri" label.

The form is displayed in a window titled "aecletta2 (1).odb : 8.1 SCHEDA PAZIENTE - Famiglia d'Origine(sola lettura) - OpenOffice.org Base: struttura modulo". The status bar at the bottom indicates "Record di dati 1 da 2" and the system clock shows "15:57 21/04/2011".

L'ultima scheda riguarda i dati relativi alla famiglia d'origine. Il terapeuta potrà indicare *età* ed *occupazione* del padre e della madre del paziente, se viventi, e il *numero di fratelli/sorelle* presenti nella famiglia d'origine (compreso il paziente stesso). Infine il terapeuta potrà annotarsi *elementi* importanti sui fratelli/sorelle del paziente od *osservazioni* altrettanto rilevanti sull'intera famiglia d'origine.

Tale scheda risulta fondamentale per capire la complessità della problematica presentata dal paziente.

Funzione di stampa ed altre opzioni secondarie

Tutta la cartella psicologica informatica può essere messa su carta utilizzando il Pannello di Stampa dedicato ad ogni archivio (task). La schermata seguente offre un esempio della possibile pagina di stampa dell' archivio inerente al Diario clinico.

DIARIO CLINICO

Paziente/Cliente

Cognome Nome Data di Nascita GG/MM/AAAA

Appunti Seduta

Appunti Seduta

Data Pagato ☐ Importo Fatturato ☐

Aecletta consente anche di stampare i recapiti del paziente cliccando sull'opzione *report* dell'elenco dei database sulla sinistra della pagina iniziale e poi su *stampa elenco contatti*.

CONTATTI
Data: 21/04/11

Cognome	Nome	Tel Casa	Tel Lavoro	Tel Cellulare 1	Tel Cellulare 2	Email
Adatta le righe						

Oppure è possibile stampare 2 tabelle riassuntive dei dati anagrafici del paziente e delle sedute con lui effettuate cliccando sull'opzione *tabelle* dell'elenco dei database sulla sinistra della pagina iniziale e poi su *clinica principale* per la prima tabella e *diario clinico* per la seconda. Potete vedere di seguito le schermate che vi appariranno:

Cognome	Nome	Sesso	Nato_a	Provincia	Nazione	Data_di_Nascita	Età	Indirizzo	CAP	Città	Provinci	Tel_Casa	Tel_Lavoro	Tel_Cellulare

tabella clinica principale

Cognome	Nome	Data_di_Nascita	Appunti_Seduta_1	Appunti_Seduta_2	Appunti_Seduta_3	Appunti_Seduta_4	Appunti_Seduta_5	Data_1	Data_2	Data_3

tabella diario clinico

MATERIALE DI RIFERIMENTO

- x approfondimento slide corso
- x programma ufficiale Aecletta
- x caso clinico fornito dal docente

- x www.psicologia18.it/gruppi1refadulti.pps
- x www.checkup-psicologico.com/checkuphtml
- x www.aecletta.com

ALLEGATO

A) stampa della cartella clinica di un caso

DIARIO CLINICO

Paziente/Cliente

Cognome		Nome		Data di Nascita	
				GG/MM/AAAA	

Appunti Seduta

GG/MM/AAAA	€		
Data	Pagato	Importo	Fatturato
	☐		☐

Appunti Seduta

Data	Pagato	Importo	Fatturato
	☐		☐

Appunti Seduta

Data	Pagato	Importo	Fatturato
	☐		☐

Appunti Seduta**Data****Pagato**☐**Importo****Fatturato**☐**Appunti Seduta****Data****Pagato**☐**Importo****Fatturato**☐

ANAGRAFICA

Paziente/Cliente

Cognome		Nome		Data di Nascita	GG/MM/AAAA
----------------	----------------------	-------------	----------------------	------------------------	---

Sesso		Email	
Nato a		Codice Fiscale	16 Caratteri
Provincia		Partita IVA	11 Caratteri
Nazione		Titolo di Studio	
Età		Occupazione	
Indirizzo		Interessi/Hobby	
CAP			
Città			
Prov			
Tel Casa			
Tel Lavoro			
Tel Cellulare_1			
Tel Cellulare_2			

ANAMNESI

Paziente/Cliente

GG/MM/AAAA

Cognome

Nome

Data di Nascita

Malattie Pregresse

Medicine Assunte

Sostanza d'Abuso

Ricoveri

Psicoterapie o altri Trattamenti Precedenti

Inviante



Motivo della Consultazione

Sintomatologia Riferita

Osservazioni Cliniche

Note

Test Somministrati

Elementi Principali Emersi dai Test

Ipotesi Cliniche e Progetto Terapeutico



CONTRATTO TERAPEUTICO

Paziente/Cliente

Cognome		Nome		Data di Nascita	
----------------	----------------------	-------------	----------------------	------------------------	----------------------

GG/MM/AAAA

Data

GG/MM/AAAA

Diagnosi

Trattamento Consigliato

Parcella Stabilita

€

Modalità di Pagamento





FAMIGLIA ATTUALE

Paziente/Cliente

GG/MM/AAAA

Cognome

Nome

Data di Nascita

Vive nella Famiglia d'Origine

☐

Coniugato

☐

Convivente

☐

Età Coniuge/Convivente

Single

☐

Vedovo/a

☐

Figli

☐

Numero Figli

Annotazioni sui Figli

Osservazioni sulla Famiglia Attuale e su Relazioni Affettive Precedenti



FAMIGLIA D'ORIGINE

Paziente/Cliente

GG/MM/AAAA

Cognome

Nome

Data di Nascita

Padre

Vivente

☐

Età

Occupazione

Madre

Vivente

☐

Età

Occupazione

Numero di Fratelli compreso il/la Paziente

Annotazioni su Fratelli/Sorelle

Osservazioni sulla Famiglia d'Origine