**[A blue and white logo

Description automatically generated](https://it.smartsheet.com/try-it?trp=37974&utm_language=IT&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Social+Service+Referral+Form-word-37974-it&lpa=ic+Social+Service+Referral+Form+word+37974+it)**

**MODULO DI SEGNALAZIONE AL SERVIZIO SOCIALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENTE CHE EFFETTUA LA SEGNALAZIONE** | | | | | | | |
| **ENTE** |  | | | **TELEFONO** |  | | |
| **SEDE** |  | | | **E-MAIL** |  | | |
| **MODULO COMPILATO DA** | |  | **TELEFONO** |  | | **DATA** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENTE CHE RICEVE LA SEGNALAZIONE** | | | |
| **ENTE** |  | **TELEFONO** |  |
| **SEDE** |  | **E-MAIL** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAZIONI SUL CLIENTE** | | | | |
| **COGNOME** |  | **NOME** |  | |
| **DATA DI NASCITA** |  | **FEMMINA / MASCHIO** |  | |
| **INTERPRETE RICHIESTO?** |  | **LINGUA RICHIESTA** |  | |
| **NOME TUTORE** |  | **RELAZIONE CON IL TUTORE** |  | |
| **INDIRIZZO DEL PAZIENTE** |  | **TELEFONO CELLULARE** |  | |
|  | **TELEFONO DI CASA** |  | |
|  | **TELEFONO DI LAVORO** |  | |
|  | **E-MAIL** |  | |
| **DIAGNOSI** |  | | **ICD-9** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SERVIZIO RICHIESTO** | | | |
| **MOTIVO DEL RINVIO** |  | | |
| **PAZIENTE A CONOSCENZA DEL MOTIVO DEL RINVIO? IN CASO CONTRARIO, SPIEGA PERCHÉ.** | | |  |
| **SERVIZIO / SPECIALIZZAZIONE RICHIESTA** | |  | |
| **COMMENTI AGGIUNTIVI** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONSENSO AL RILASCIO DELLE INFORMAZIONI** Leggi con il paziente o il fornitore di assistenza e rispondi ad eventuali domande prima di richiedere la firma. | | | | | |
| La firma serve a certificare che il paziente comprende lo scopo del rinvio e che la divulgazione delle informazioni all'ente sopra menzionato serve a garantire la sicurezza e la continuità delle cure tra i fornitori di servizi di assistenza al solo scopo di aiutare il paziente. L'ente che effettua la segnalazione ha spiegato con chiarezza la procedura di rinvio al paziente e ha elencato con esattezza le informazioni che devono essere divulgate. Firmando questo modulo, il cliente autorizza lo scambio di informazioni. | | | | | |
| **FIRMA DEL PAZIENTE** |  | **FIRMA DEL FORNITORE DI CURE** |  | **DATA** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DETTAGLI DEL RINVIO** | | | | | | | | | | | |
| **CONTATTI O ALTRE RESTRIZIONI?** | |  | | **SÌ** |  | **NO** | **IN CASO AFFERMATIVO, SPIEGARE** |  | | | |
| **METODO DI CONSEGNA DEL RINVIO** |  | | **DATA** | |  | | **METODO DI FOLLOW-UP PREVISTO** | |  | **PER DATA** |  |

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI NON RESPONSABILITÀ**  Qualsiasi articolo, modello o informazione sono forniti da Smartsheet sul sito web solo come riferimento. Pur adoperandoci a mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non offriamo alcuna garanzia o dichiarazione di alcun tipo, esplicita o implicita, relativamente alla completezza, l’accuratezza, l’affidabilità, l’idoneità o la disponibilità rispetto al sito web o le informazioni, gli articoli, i modelli o della relativa grafica contenuti nel sito. Qualsiasi affidamento si faccia su tali informazioni è pertanto strettamente a proprio rischio. |