

Intervento infermieristico Sì No

.....
.....
Invio a gruppi di auto-aiuto/altri Servizi.....
.....
.....
.....
.....
.....

Diagnosi alla dimissione

.....
.....
Data di dimissione.....

Comunicazioni da parte del MMG per il Medico
NOA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



NOA CARD

Alla cortese attenzione del MMG
Dott.....
Caro Collega, Ti informo che il Sig/Sig.ra.....
.....
ha iniziato in data.....
un percorso di cura presso il Nucleo Operativo
Alcologia (NOA).....
via.....
Tel.e-mail.....
Medico NOA.....
Altri Operatori di riferimento.....
.....

Il percorso NOA prevede:

Intervento sanitario

Diagnosi all'ingresso.....
.....
.....

Patologie alcol-correlate.....

.....

 Eventuale diagnosi psichiatrica.....

 Altre patologie.....

 Terapia in atto.....

 Disintossicazione territoriale Sì No
 Sede.....
 Terapie.....

 Esito.....

 Disintossicazione/
 disassuefazione ospedaliera Sì No
 Sede.....
 Terapie.....

 Esito.....

 Decorso clinico, terapie, accertamenti di
 laboratorio e strumentali.....

.....

Intervento psicologico Sì No

- Terapia di sostegno/psicoterapia individuale
- Interventi di counselling
- Terapia supportiva di coppia e familiare
- Psicoterapia di gruppo.....

Intervento sociale ed educativo Sì No

- Colloqui di sostegno per mantenimento
 astinenza
- Lavoro di rete con Enti/Agenzie del territorio
- Lavoro di gruppo.....

.....
