

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
Alcolologia (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.....

.....

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

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

