



**MODULO PROPOSTA DI TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO
IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA PER UTENTI MINORENNI
(Art. 33-34-35 L. 833/1978)**

Al Sig. Sindaco
del Comune di

In data/...../..... lo sottoscritto Dr./Dr.ssa
Medico in servizio presso
ho visitato il/la minorenni
nato/a il/..../..... a
e residente a in via
attualmente reperibile
in..... c/o

Dalla suddetta visita risulta che *(descrizione circostanziata e accurata del quadro psicopatologico, delle condizioni cliniche e dei comportamenti a essa correlati e delle circostanze che, attualmente, motivano la richiesta del provvedimento):*

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

e CERTIFICO quindi che

- a. esistono alterazione psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- b. il/la minorenni non accetta gli interventi necessari, nonostante siano stati espletati tutti i possibili tentativi di ottenere l'assenso alle cure di seguito descritti

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

- c. non vi sono le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extra ospedaliere.



Pertanto, ai sensi ai sensi degli Art. 33-34-35 L. 833/78 propongo che il soggetto sia sottoposto al **Trattamento Sanitario Obbligatorio** in condizione di degenza ospedaliera presso il reparto dell'Ospedale

di:

I genitori hanno espresso il loro consenso al ricovero e alle cure necessarie (in allegato);

Luogo, data e ora

Timbro e firma del medico proponente

.....

Per eventuali comunicazioni urgenti è possibile contattare il numero di telefono