

**SCHEDA CLINICA SULLO STATO PSICO-FISICO**

Servizio sanitario nazionale - Regione .....  
 Presidio ospedaliero .....  
 Unità operativa di accettazione (Pronto Soccorso ..... Medicina d'Urgenza ..... Altro .....)  
 Altra struttura sanitaria .....

Sig. .... nato/a il ..... a .....  
 Residente a ..... Via ..... n. ....  
 Data e ora dell'evento ..... dell'accesso ..... del prelievo .....

Su richiesta di:

Autorità Giudiziaria  Polizia di Stato  Carabinieri  Polizia locale.  G.d.F.  Altro.....  
 Pervenuta alle ore..... del..... in forma:  
 scritta (allegata)  verbale da parte di (indicare nominativo richiedente) .....  
 altro .....

Motivo della richiesta:

Incidente stradale  Fondato sospetto per guida scorretta  Esito positivo analisi preliminare  
 Altro.....

Già attuato da (indicare organo di polizia stradale procedente).....:

- alcool test con etilometro omologato  si  no
  - analisi preliminare su (indicare campioni biologici).....  si  no
- esito.....

**RIFIUTO PROSECUZIONE ACCERTAMENTO CON PRELIEVO DI CAMPIONI**

**SI** firma interessato.....  
 E' stato avvisato che, a sensi dell'art. 187 comma 5 del Decreto Legislativo 30.4.1992 n. 285, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui al comma 2, il conducente è punito, salvo che il fatto costituisca più grave reato, con l'arresto fino a un mese e con l'ammenda da euro 258 a euro 1032.

**ESAME CLINICO-TOSSICOLOGICO**

**Anamnesi positiva per assunzione** ----di farmaci: si  no ---- di droghe:  si  no  
 Specificare (quali / in quale quantità / via di somministrazione)

Prima dell'evento  Dopo l'evento (es. durante il soccorso) .....  
 È in trattamento con Metadone o con altro farmaco (specificare).....:  si  no

**Anamnesi positiva per:**

Diabete  Epilessia  Cardiopatie  Malattie neuropsichiatriche .....  
 È seguito da strutture sanitarie pubbliche:  no  si (specificare) .....

**SINTOMI E SEGNI**

1. Agopunture venose:  si  no . Sede .....  Recenti  Pregresse
2. Mucosa nasale:  Flogosi  Erosioni  Perforazioni
3. Stato della coscienza:  Integra  Sonnolenza  Sopore  Coma
4. Deficit memoria  si  no
5. Disorientamento spazio temporale  si  no ----- delirio-allucinazioni  si  no
6. Dispercezioni  si  no
7. Comportamento:  Calmo  Loquace  Euforico  Ansioso  Agitato  Irrispettoso  Aggressivo  
 Depresso  Rifiuta di collaborare
8. Linguaggio:  Normale  Impastato  Incapace di esprimersi  Bruxismo .....
9. Equilibrio:  Difficoltà a mantenere la stazione eretta  Andatura barcollante  Dismetria
10. Pupille:  Normali  Midriatiche  Miotiche  Anisocoriche
11. Iperemia congiuntivale  si  no
12. Condizioni generali:  Alitosi alcool  Sudorazione  Tremori  Convulsioni  Vomito  
 Frequenza cardiaca ..... /min.  Aritmie  Frequenza respiratoria: ..... /min  
 Dispnea  Apnea  pressione arteriosa ..... Mm Hg  
 temperatura ..... °C
13.  Glicemia (test rapido)valore.....  Sodiemia (se eseguite) valore.....
14.  Potassiemia (se eseguite) valore ..... CPK (se eseguite) valore.....

**GIUDIZIO CONCLUSIVO**

Stato di alterazione psico-fisica  SI  NO

DATA .....

FIRMA DEL MEDICO ESAMINATORE