

U.L.S.S. n° 12 VENEZIANA

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

AZIENDA U.L.S.S. 12 VENEZIANA

HoNOS

Health of the National Outcome Scales

SCHEDA DI VALUTAZIONE



SEDE: _____

<u>NOME E COGNOME</u>	<u>DATA DI NASCITA</u>	<u>N°CARTELLA</u>
-----------------------	------------------------	-------------------

PERIODO DI RIFERIMENTO: DAL _____ AL _____

1- Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati

Data: _____

	1°y	2°y	3°y	4°y
0	✓			
1	✓			
2	✓			
3	✓			
4	✓			

NOTE: _____

2- Comportamenti deliberatamente autolesivi

Data: _____

	1°y	2°y	3°y	4°y
0	✓			
1	✓			
2	✓			
3	✓			
4	✓			

NOTE: _____

3- Problemi legati all'assunzione di alcool o droghe

Data: _____

	1°y	2°y	3°y	4°y
0	✓			
1	✓			
2	✓			
3	✓			
4	✓			

NOTE: _____

4- Problemi cognitivi

Data: _____

	1°y	2°y	3°y	4°y
0	✓			
1	✓			
2	✓			
3	✓			
4	✓			

NOTE: _____

6-Problemi legati ad allucinazioni e deliri






Data: 1

	1°V	2°V	3°V	4°V
0				
1				
2				
3				
4				

NOTE: _____

8-Altri problemi psichici e comportamentali

Data:

	1 ^o y	2 ^o y	3 ^o y	4 ^o y
<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px;"></div>	0 			
<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px;"></div>	1 			
<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px;"></div>	2 			
<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px;"></div>	3 			
<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px;"></div>	4 			

NOTE: _____

AP= altri problemi (specificare:

9- Problemi relazionali

Data: | | | |

	1°y	2°y	3°y	4°y
0	<			
1	<			
2	<			
3	<			
4	<			

NOTE: _____

10- Problemi nelle attività della vita quotidiana

Data: | | | |

	1°y	2°y	3°y	4°y
0	<			
1	<			
2	<			
3	<			
4	<			

NOTE: _____

11- Problemi nelle condizioni di vita

Data: | | | |

	1°y	2°y	3°y	4°y
0	<			
1	<			
2	<			
3	<			
4	<			

NOTE: _____

12- Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative

Data: | | | |

	1°y	2°y	3°y	4°y
0	<			
1	<			
2	<			
3	<			
4	<			

NOTE: _____

Eventuali commenti:

PUNTEGGIO

1°valutazione	Tot: _____
2°valutazione	Tot: _____
3°valutazione	Tot: _____
4°valutazione	Tot: _____

FIRMA DEGLI OPERATORI DI RIFERIMENTO (IP-EPA-TeRP-ASS.SOC.-MEDICO-PSICOLOGO....)