

## Sospetto consumo di stupefacenti, droghe, farmaci e/o alcool

**Generalità**  m  f

Cognome \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ kg

Nome \_\_\_\_\_ Statura \_\_\_\_\_ cm

misurato  stimato  dichiarato

Data di nascita \_\_\_\_\_

**Procura addetta:** \_\_\_\_\_

**Evento**  Controllo stradale  Incidente stradale  Delitto: \_\_\_\_\_

### Condizioni temporali

Evento data \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Prelievo urine data \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  campione urina prelevato dalla Polizia

Prelievo sangue data \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

### Inchiesta ricerca consumo alcool, droghe, stupefacenti e/o farmaci

**Prima** dell'evento, consumazioni d'alcool, droghe, stupefacenti e/o farmaci?

sì, seguenti:  nessuna indicazione  no

<input type="checkbox"/> Farmaci / Droghe:	Nome:	Dosaggio:	Ora:	
<input type="checkbox"/> Alcool:	Specifica bevande:	Quantità:	Inizio ora:	Termine ora:

**Dopo** dell'evento, consumazioni d'alcool, droghe, stupefacenti e/o farmaci?

sì, seguenti:  nessuna indicazione  no

<input type="checkbox"/> Farmaci / Droghe:	Nome:	Dosaggio:	Ora:	
<input type="checkbox"/> Alcool:	Specifica bevande:	Quantità:	Inizio ora:	Termine ora:

### Cura medica: Osservazioni e provvedimenti

Perdita sangue  sì  no Choc  sì  no Vomito  sì  no

**Provvedimenti di soccorso:** (per es. Intubazione; Sedazione)

\_\_\_\_\_

**Indicazione farmaci:** (Tipo, applicazione, dosaggio, indicazione temporale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Note:** (per es. Bucature, Disinfettante differente dal kit, ecc.)

\_\_\_\_\_

**☒ Verbale dell'esame medico****Odore d'alcool**

- si  
 no

**Orientamento spazio / tempo**

- non turbato  
 turbato nel tempo  
 turpato nello spazio

**Stato d'animo**

- calmo  
 provocante  
 indistanziato  
 brusco  
 aggressivo  
 loquace  
 agitato  
 modesto / normale

**Coscienza**

- lucido  
 stordito  
 confuso  
 assonnato  
 incosciente

**Andatura diritta**

- sicuro  
 insicuro  
 oscillante

**Test di Romberg**

- sicuro (negativo)  
 leggermente insicuro  
 fortemente insicuro  
 Tremolio

**Setto nasale**

- modesto / normale  
 arrossato  
 Ulcera  
 perforato

**Pupille** (con buona illuminazione)

- modeste / normali  
 fortemente dilatate  
 fortemente ristrette  
Diametro [mm] l/r ..... / .....

**Comportamento**

- rallentato  
 goffo  
 letargico  
 piangente  
 assonnato  
 apatico  
 allegro  
 agitato  
 modesto / normale

**Processo di ragionamento**

- ordinato  
 saltuario  
 protettivo  
 confuso  
 rallentato

**Dietrofront di colpo**

- sicuro  
 insicuro  
 oscillante

**Orologio interno**

- da 20 a 40 secondi  
 meno 20 secondi  
 più 40 secondi

**Congiuntiva dell'occhio**

- modesta / normale  
 pallida  
 loquace  
 arrossata

**Reazione pupille**

- rapida  
 ritardata  
 mancante  
Diametro [mm] l/r ..... / .....

**Sintomi generali**

- suda  
 Secchezza orale  
 rabbrivisce  
 Dolori  
 Prurito  
 sbadiglia  
 modesto / normale

**Linguaggio**

- chiaro  
 balbettando sillabe  
 balbuzie sillabica  
 annaquato  
 balbettante

**Controllo dito-dito / naso**

- sicuro  
 Dito-Dito mancato  
 Dito-Naso mancato  
 tutto mancato

**Nistagno rotatorio**

- fine  
 grossolano  
Durata (secondi): .....

**☒ Amnesia**     si: da ..... a .....     no

**☒ Ascendente di sostanze percettibile: (Valutazione del medico)**

non     leggero     evidente     forte     molto forte

**☒ Impossibilità dell'esplorazione:**     Lesioni     Incoscienza     Malattia acuta

**☒ Lesioni esistenti / Malattia acuta:** .....

**☒ Disponibilità collaborazione:**     collaborativo     non collaborativo     Esplorazione negata

Luogo del prelievo di sangue / esame medico

Nome / Timbro

Data ..... Ora .....

Firma