act-info

DIPENDENZE | SVIZZERA

# Settore ambulatoriale dell'aiuto psicosociale in materia di dipendenza (SAMBAD)

# *Uscita Parenti*

**Cognome:** **Nome:**

**1. In che data è stato compilato il questionario d'uscita?** VMAB001

giorno __|__ mese __|__ anno 20__|__

**2. Qual è il numero BUR del Suo centro/della Sua istituzione?**

__|__|__|__|__|__|__|__ VMAB005

-1 ○ non noto VMAB006

**3. Qual è il numero d'identificazione interno della/dell'utente?**

__|__|__|__|__|__|__|__ VZAX005

**4. Codice a 4 lettere della/dell'utente** VMAB010

__|__|__|__ (non compilare: il codice viene generato automaticamente)

## A. BASI PER IL TRATTAMENTO

**5. È stato seguito/a per i Suoi propri problemi di dipendenza oppure per i problemi di terzi (parenti, ecc.)?** VMAB030

1 ○ propri problemi di dipendenza
2 ⊗ problemi di terzi (parenti, ecc.)

**6. A partire da quale data si considera concluso/a il trattamento o la consulenza?** VMAB020

giorno __|__ mese __|__ anno 20__|__

**7. Qual è la ragione principale della fine del trattamento o della consulenza?** VMAB040

*una sola risposta possibile*

-1 ○ non noto
1 ○ conclusione regolare del trattamento/consulenza senza passaggio verso un centro/un'istituzione specializzato/a in dipendenze
2 ○ conclusione regolare del trattamento/consulenza con passaggio verso un centro/un'istituzione specializzato/a in dipendenze, *cioè:*

-1 ○ non noto VNAB041
1 ○ trattamento/terapia residenziale
2 ○ presa in carico in una struttura di giorno/clinica di giorno
3 ○ trattamento/terapia ambulatoriale
4 ○ appartamento protetto
5 ○ altro centro/altra istituzione specializzato/a

3 ○ cambiamento di domicilio
4 ○ ospedalizzazione
5 ○ incarcerazione
6 ○ perdita di contatto, *da quanti giorni?*
numero di giorni: __|__|__ VMAB042

7 ○ conclusione del trattamento per richiesta esplicita della/dell'utente o del centro/dell'istituzione
8 ○ decesso, *qual è la causa del decesso?*

-1 ○ non noto VMAB044
1 ○ suicidio
2 ○ incidente
3 ○ malattia
4 ○ overdose o intossicazione acuta
5 ○ altra causa di decesso, *cioè:* _____ VMAB045

9 ○ altra ragione per la fine del trattamento o della consulenza
*cioè:* _____ VMAB046

## B. DATI SOCIODEMOGRAFICI

*Dati della persona che ha consultato*

**8. Sesso** VMAC001

-1 ○ non noto
1 ○ maschile
2 ○ femminile

**9. Qual è la Sua data di nascita?** VMAC005

giorno __|__ mese __|__ anno 19__|__

-1 ○ non noto VMAC006

## F. DATI

**Da quale fonte provengono principalmente le informazioni contenute nel questionario d'uscita?** VMAD040

*una sola risposta possibile*

1 ○ informazioni fornite dalla/dall'utente
2 ○ informazioni fornite dalla principale persona curante

**Il questionario d'uscita è stato compilato fino a quest'ultima domanda?** VMAD050

*una sola risposta possibile*

1 ○ sì
2 ○ no