**PROPOSTA
DI TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO
IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA**

*(artt. 33-34-35 della Legge n. 833/1978)*

Al Signor Sindaco

del Comune di

Il/la sottoscritto/a dott.      , medico in servizio presso      ,

**DICHIARA** che

il/la signor/a      ,

nato/a a       il      ,

residente a       in      ,

attualmente reperibile presso      ,

presenta *(descrivere nel dettaglio il quadro clinico in relazione alle tre sottostanti condizioni)*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICA** che

1. esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
2. gli stessi non vengono accettati dal/la paziente;
3. non vi sono le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extra-ospedaliere;

**PROPONE** che

ai sensi degli artt. 33-34-35 della Legge n. 833/1978, il/la paziente sia sottoposto/a a Trattamento Sanitario Obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera presso      .

Luogo      , data      , ora

Timbro e firma del medico proponente

Per eventuali comunicazioni urgenti è possibile contattare il numero di telefono       oppure scrivere all’indirizzo mail      .

**CONVALIDA
DI TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO
IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA**

*(artt. 33-34-35 della Legge n. 833/1978)*

Al Signor Sindaco

del Comune di

Il/la sottoscritto/a dott.      , medico in servizio presso      ,

**DICHIARA**

che ha visitato

il/la signor/a      ,

nato/a a       il      ,

residente a       in      ,

attualmente reperibile presso      ,

**CONVALIDA**

ai sensi degli artt. 33-34-35 della Legge n. 833/1978, la proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera redatta il       dal/la dott.      ,

integrandola come segue con riguardo alle tre condizioni indicate nella proposta:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo      , data      , ora

Timbro e firma del medico convalidante

**Per ogni comunicazione urgente, contattare il numero di telefono       oppure scrivere all’indirizzo mail      .**

**COMUNE DI**Provincia di

Prot. n.

**ORDINANZA**

**DI TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO**

**IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA**

*(artt. 33-34-35 della Legge n. 833/1978)*

Il Sindaco / Assessore delegato,

*vista* l’allegata proposta, datata       ad ore      , con cui il/la dott.       motiva la necessità di un Trattamento Sanitario Obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera nei confronti

del/la signor/a      ,

nato/a a       il      ,

residente a       in      ,

attualmente reperibile presso      ,

*vista* l’allegata convalida, datata       ad ore      , redatta dal/la dott.      , facente parte della struttura sanitaria pubblica;

*accertato* che:

1. esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici,
2. gli stessi non vengono accettati dal/la paziente,
3. non vi sono le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extra-ospedaliere,

in quanto:      ;

*sentito* l’Ufficiale Sanitario;

*letti* gli artt. 33-34-35 della Legge n. 833/1978;

**ORDINA**

che venga effettuato un Trattamento Sanitario Obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera nei confronti del/la sig./ra      , sopra generalizzato/a,

presso      , per la durata massima di 7 (sette) giorni;

**AVVERTE**

l’interessato (i) che può comunicare con chiunque ritenga opportuno; (ii) che chiunque può rivolgere al Sindaco richiesta di revoca o modifica del Trattamento Sanitario Obbligatorio;
**(iii) che il Giudice Tutelare procederà al suo ascolto e all’eventuale convalida della presente ordinanza entro 48 ore dalla sua notificazione in Cancelleria;**

**INCARICA**

gli Agenti della Forza Pubblica della esecuzione della presente ordinanza;

**DISPONE**

**che la proposta, la convalida e la presente ordinanza vengano comunicate con urgenza alla struttura sanitaria, all’interessato o al suo legale rappresentante, ove esistente;**

**che i medesimi atti siano notificati al Giudice Tutelare entro 48 ore dalla proposta**.

Luogo      , data      , ora       *(entro 48 ore dalla convalida)*

Il Sindaco / Assessore delegato