

## Allegato 1d

Segni e/o sintomi fisici e psichici di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti e psicotrope, farmaci compresi (vedi Tabella seguente)

---



---



---

Segni e sintomi di intossicazione acuta da sostanze stupefacenti o psicotrope

NO

Si quali.....

Segni clinici di intossicazione acuta	Allucinogeni	Amfetamine	Barbiturici	Benzodiazepine	Buprenorfina	Cannabis	Cocaina	Ecstasy	Metadone	Morfina	Opiacei
<input type="checkbox"/> Euforia	x	x			x	x	x	x	x		x
<input type="checkbox"/> Linguaggio spedito, velocità pensiero		x					x	x	x		x
<input type="checkbox"/> Eloquio sciolto, riso contagioso						x					
<input type="checkbox"/> Aumento della vigilanza, potenziamento delle energie, loquacità		x					x				
<input type="checkbox"/> Irritabilità, ansia, disforia, aggressività		x					x				
<input type="checkbox"/> Rilassamento			x	x		x		x			x
<input type="checkbox"/> Intensificazione delle esperienze sensoriali, sinestesie	x					x					
<input type="checkbox"/> Aumento fiducia in se stessi, autostima		x					x	x			
<input type="checkbox"/> Affidabilità, sensibilità, intimità								x			
<input type="checkbox"/> Irrequietezza psico-motoria		x					x	x			
<input type="checkbox"/> Apatia	x		x	x	x	x			x		x

<input type="checkbox"/> Rallentamento psicomotorio	x		x	x	x	x			x		x
<input type="checkbox"/> Disorientamento spazio-temporale	x		x	x		x					
<input type="checkbox"/> Deficit della capacità critica	x		x	x	x	x			x		x
<input type="checkbox"/> Eloquio indistinto	x		x	x	x	x			x		x
<input type="checkbox"/> Deficit dell'attenzione e della memoria	x		x	x	x	x			x		x
<input type="checkbox"/> Sonnolenza	x		x	x	x	x			x		x
<input type="checkbox"/> Insonnia		x					x	x			
<input type="checkbox"/> Allucinazioni visive-uditive-cinestesiche	x					x					
<input type="checkbox"/> Ansia						x	x				
<input type="checkbox"/> Panico						x	x				
<input type="checkbox"/> Ideazione paranoide						x	x				
<input type="checkbox"/> Prurito-grattamento-strofinamento					x				x	x	x
<input type="checkbox"/> Miosi					x				x	x	x
<input type="checkbox"/> Midriasi		x					x	x			
<input type="checkbox"/> Iperemia congiuntivale						x					
<input type="checkbox"/> Ptosi palpebrale					x				x	x	x
<input type="checkbox"/> Diminuzione dei riflessi corneali					x				x	x	x
<input type="checkbox"/> Tachicardia	x	x				x	x	x			
<input type="checkbox"/> Ipertensione	x	x				x	x	x			
<input type="checkbox"/> Ipotensione	x		x	x	x	x			x	x	x
<input type="checkbox"/> Tremore		x		x			x	x			
<input type="checkbox"/> Digriornamento dei denti		X									
<input type="checkbox"/> Tensione mascellare		X									
<input type="checkbox"/> Sudorazione		x					x	x			

<input type="checkbox"/> Nausea						x					
<input type="checkbox"/> Vomito					x				x		x