|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapporto medico intermedio****Assicurazione contro gli infortuni** | **[ ]  LAINF****[ ]  LCA** | Sinistro numero:      Data/ora dell' inf.:       |
|  |  |
|  **Datore di** **lavoro** |       |
|  |  |
|  **Paziente** | Nome:       NAS:      Cognome:       Data di nascita:       Sesso: Professione svolta:       Onere lavorativo:     ore al giorno |
|  |  |
| **1. Diagnosi** | Codice ICD-Code e diagnostica differenziale: |
|  |       |
|  |  |
| **2. Terapia** | a) Trattamento attuale: |
|  |       |
|  | b) Interventi/Proposte (cura ulteriore, radiografie, visite di tipo medico assicurativo): |
|  |       |
|  | c) Ogni quanto hanno luogo le consultazioni? |
|  |       |
|  | d) Quanto tempo potranno ancora durare le cure? |
|  |       |
|  |  |
| **3. Sviluppo** | a) Sviluppo del disturbo e stato attuale (soggettivo e oggettivo): |
|  |       |
|  | b) Prognosi: |
|  |       |
|  | c) Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione (p. es. malattie pregresse, infortuni, fattori sociali)? [ ]  Sì [ ]  No |
|  | Se sì, quali? |
|  |  |
| **4. Inabilità**  **lavorativa /** **Abilità** **lavorativa** | a) Quali limitazioni fisiche, intellettuali, psichiche sono esistenti e in che modo influenzano concretamente lo svolgimento del lavoro attuale (compiti da risolvere)? |
|  |       |
|  |  |
|  | Capacità dilavoro esigibile(in % del lavoro usuale): | Tempo di presenzain ditta esigibile(ore al giorno): | Ev.in %: | Inabilità lavorativadal: | Inabilità lavorativafino al: |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  | La **ripresa** del lavoro **prima del fine settimana** è possibile? [ ]  Sì [ ]  NoRipresa dell'attività lavorativa: a partire dal:       per     ore al giornoPresumibilmente tra:     settimane per     ore al giorno |
|  |  |
|  | b) L'adozione di provvedimenti adeguati potrebbe influire positivamente sulla prestazione al posto di lavoro (p. es: attribuzione di lavoro più appropriato al soggetto; sostegno per il tragitto da e per il lavoro; adeguamento del posto di lavoro; Job-Coaching ecc.)? [ ]  Sì [ ]  No |
|  | Se sì, che tipo di provvedimento? |
|  | c) Sono presumibili pregiudizi permanenti? [ ]  SÌ [ ]  No |
|  | Se sì: di che tipo e di quali proporzioni? |
|  |  |
| **5. Osservazioni** |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Luogo e data:      |  | Indirizzo del medico:      |  | Firma del medico:(superfluo per invio elettronico) |