|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rapporto medico iniziale**  **Assicurazione malattie / indennità giornaliera malattia** | | | **LAMal**  **LCA** | Sinistro numero:  Inizio dell'inabilità lavorativa: | | |
|  |  | | | | | |
| **Datore di**  **lavoro** |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **Paziente** | Nome:       NAS:  Cognome:       Data di nascita:       Sesso:  Onere lavorativo:     ore al giorno Nazionalità:  Professione svolta: | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **1. Prima  consultazione** | Data:       Ora:  Nome:       Luogo:  Specializzazione: | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **2. Causa** | Malattia:  Incidente:  Malattia professionale:  Indefinito:  Gravidanza:  Previsione data del parto: | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **3. Anamnesi** | a) Quando e come si sono manifestati i primi sintomi del disturbo? | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | b) Il paziente ha già ricevuto in passato cure per questo disturbo?  Sì  No | | | | | |
|  | Se sì, dove? | | | | | |
|  | c) Terapie eseguite finora: | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | d) Indicazioni soggettive del paziente: | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | e) Quali malattie e infortuni subiti in passato influenzano la guarigione? | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | f) Ulteriori informazioni: | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **4. Reperto**  **oggettivo** | Reperti documentati e immagini (p.f. allegare le copie): | | | | | |
|  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **5. Diagnosi** | Codice ICD-Code e diagnostica differenziale: | | | | | |
| **con**  effetti  sull'inabilità  lavorativa |  | | | | | |
| **senza**  effetti  sull'inabilità  lavorativa |  | | | | | |
|  | Restrizioni oggettive in merito all'attività attuale: | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **6. Altri   fattori** | Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione  (per es. ambiente di lavoro, circostanze sociali, pendolarismo, tossicomanie)?  Sì  No | | | | | |
|  | Se sì, quali? | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **7. Terapia** | a) Trattamento attuale: | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | b) Interventi / proposte (diagnostica di immagini, analisi e terapie di specialisti, ecc.): | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | c) Il paziente è o deve essere ospedalizzato o operato?  Sì  No | | | | | |
|  | Se sì, dove e quando? | | | | | |
|  | d) Altri medici o terapeuti coinvolti? | | | | | |
|  | Nome:       Luogo:  Specializzazione:       Da quando: | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **8. Inabilità**  **lavorativa** | Capacità di  lavoro esigibile  (in % del lavoro usuale): | Tempo di presenza  in ditta esigibile  (ore al giorno): | | Ev.  in %: | Inabilità lavorativa  dal: | Inabilità lavorativa  fino al: |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  | La **ripresa** del lavoro **prima del fine settimana** è possibile?  Sì  No  Ripresa dell'attività lavorativa: a partire dal:       per     ore al giorno  Presumibilmente tra:     settimane per     ore al giorno | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **9. Dati delle   consultazioni** | Dati delle consultazioni finora: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | Prossimo termine: | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **10. Altri**  **assicuratori** | Vi sono altri assicuratori coinvolti (LAINF, cassa malati, AI, Cassa pensione, ecc.)?  Sì  No | | | | | |
| Se sì, quali? | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **11. Osservazioni** | In merito alle agevolazioni di reintegrazione (per es.: facilitazioni sul lavoro, trasporto fino al luogo di lavoro, aiuti sociali o famigliari, altre misure non strettamente mediche): | | | | | |
|  |  | | | | | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EAN: |  | CCMS: |  | Tel.:  e-mail: |