|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 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 |
|  |  |
| **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:      |