|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapporto medico intermedio****Assicurazione malattie / indennità giornaliera malattia** | **[ ]  LAMal****[ ]  LCA** | Sinistro numero:      Inizio dell'inabilità lavorativa:       |
|  |  |
|  **Datore di** **lavoro** |       |
|  |  |
|  **Paziente** | Nome:       NAS:      Cognome:       Data di nascita:       Sesso: Professione svolta:       Onere lavorativo:     ore al giorno |
|  |  |
| **1. Reperto** **oggettivo** | Reperti documentati e immagini (p.f. allegare le copie): |
|       |
|  |  |
| **2. Diagnosi** | Codice ICD-Code e diagnostica differenziale: |
|  **con**  effetti  sull'inabilità lavorativa |       |
|  **senza**  effetti  sull'inabilità lavorativa |       |
|  | Restrizioni oggettive in merito all'attività attuale: |
|  |       |
|  |  |
| **3. Terapia** | a) Trattamento attuale: |
|  |       |
|  | b) Interventi / proposte per ulteriori trattamenti: |
|  |       |
|  | 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:       |
|  |  |
| **4. Sviluppo** | a) Sviluppo del disturbo e stato attuale (soggettivo e oggettivo): |
|  |       |
|  | b) Prognosi: |
|  |       |
| **5. Altri** **fattori** | Esistono circostanze collaterali che influenzano negativamente la guarigione o la ripresa dell'attività lavorativa (per es. ambiente di lavoro, circostanze sociali, pendolarismo, tossicomanie)? [ ]  Sì [ ]  No |
|  | Se sì, quali? |
|  |  |
| **6. Inabilità** **lavorativa al** **posto di**  **lavoro attuale** | 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 |
|  |  |
| **7. Abilità** **lavorativa** dopo stabilizza- zione dello stato di salute | a) L'attività attuale sarà ancora praticabile dal punto di vista medico? [ ]  Sì [ ]  Nob) La praticabilità **dell'attività attuale** sarebbe possibile **in un altro ambiente di lavoro**? [ ]  Sì [ ]  Noc) Sarebbe possibile dal punto di vista medico praticare **un'attività adattata al caso**? [ ]  Sì [ ]  NoSe si (nei casi a, b oppure c):Qual'è il profilo di prestazione del paziente e quali sono gli adattamenti necessari al caso? |
|  |       |
|  | a partire dal:       per     ore al giorno prestazione esigibile:     % |
|  |  |
| **8. Seconda**  **opinione** | Una consultazione per un consiglio con medici specifici farebbe senso? [ ]  Sì [ ]  No |
|  |
| **9. Misure di** **reintegrazione** | Ulteriori misure di reintegrazione possono migliorare la performance del paziente? [ ]  Sì [ ]  NoSe si: con quali misure possiamo secondo lei sostenere l'assicurato?- misure mediche?- misure professionali (per es.: aiuto per raggiungere il posto di lavoro, Job Coaching)?- misure psico-sociali? |
|  |       |
|  |  |
| **10. Osservazioni** |       |

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