|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 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 | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **7. Abilità**  **lavorativa**  dopo stabilizza-  zione dello  stato di salute | a) L'attività attuale sarà ancora praticabile dal punto di vista medico?  Sì  No  b) La praticabilità **dell'attività attuale** sarebbe possibile **in un altro ambiente di lavoro**?  Sì  No  c) Sarebbe possibile dal punto di vista medico praticare **un'attività adattata al caso**?  Sì  No  Se 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  No  Se 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) |