|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rapporto medico iniziale**  **Assicurazione contro gli infortuni** | | | **LAINF**  **LCA** | Sinistro numero:  Data/ora dell’ inf.: | | | |
|  |  | | | | | | |
| **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. Indicazioni del**  **paziente** | Fattispecie e disturbi invocati. Ricaduta? | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **3. Stato generale** |  | | | | | | |
|  | Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione (p. es. malattie pregresse, infortuni, fattori sociali, ecc.)?  Sì  No | | | | | | |
|  | Se sì, quali? | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **4. Reperto  oggettivo** |  | | | | | | |
|  | Reperto radiologico: | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **5. Diagnosi** | Codice ICD-Code e diagnostica differenziale: | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **6. Conseguenze  dell‘ infortunio** | I reperti elencati alla cifra 4 sono compatibili con l’evento dichiarato dal paziente e plausibili?  Sì  No | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **7. Terapia** | a) Procedere/Proposte (cura ulteriore, radiogrammi, visita medica circondariale, ecc.): | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | b) Il paziente è ospedalizzato?  Sì  No | | | | | | |
|  | Se sì, dove? | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **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 patire dal:       per     ore al giorno  Presumibilmente tra:     settimane per     ore al giorno | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **9. Chiusura della**  **cura medica** | Sì il:  No presumibilmente tra     settimane | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **10. Osservazioni** |  | | | | | | |

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

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