|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rapporto medico intermedio**  **Assicurazione contro gli infortuni** | | | **LAINF**  **LCA** | | Sinistro numero:  Data/ora dell' inf.: | | |
|  |  | | | | | | |
| **Datore di**  **lavoro** |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **Paziente** | Nome:       NAS:  Cognome:       Data di nascita:       Sesso:  Professione svolta:       Onere lavorativo:     ore al giorno | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **1. Diagnosi** | Codice ICD-Code e diagnostica differenziale: | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **2. Terapia** | a) Trattamento attuale: | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | b) Interventi/Proposte (cura ulteriore, radiografie, visite di tipo medico assicurativo): | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | c) Ogni quanto hanno luogo le consultazioni? | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | d) Quanto tempo potranno ancora durare le cure? | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **3. Sviluppo** | a) Sviluppo del disturbo e stato attuale (soggettivo e oggettivo): | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | b) Prognosi: | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | c) Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione (p. es. malattie pregresse, infortuni, fattori sociali)?  Sì  No | | | | | | |
|  | Se sì, quali? | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **4. Inabilità**  **lavorativa /**  **Abilità**  **lavorativa** | a) 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 | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | b) L'adozione di provvedimenti adeguati potrebbe influire positivamente sulla prestazione al posto di lavoro (p. es: attribuzione di lavoro più appropriato al soggetto; sostegno per il tragitto da e per il lavoro; adeguamento del posto di lavoro; Job-Coaching ecc.)?  Sì  No | | | | | | |
|  | Se sì, che tipo di provvedimento? | | | | | | |
|  | c) Sono presumibili pregiudizi permanenti?  SÌ  No | | | | | | |
|  | Se sì: di che tipo e di quali proporzioni? | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **5. Osservazioni** |  | | | | | | |

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