

# 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)
--