

## Rapporto medico intermedio Assicurazione contro gli infortuni

LAINF  LCA

<b>Sinistro numero:</b>		Data/ora dell' inf.		
Datore di lavoro				
Paziente	Nome Cognome Professione svolta	N° AVS Date di nascita Onere lavorativo	ore al giorno	Sesso
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)? Se sì, quali?			
			<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

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; Jo-Cboaching 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)