

Certificato medico LAINF

Infortunio numero:

Data dell'infortunio:

Impresa:	Nome:	
	Via, NPA località:	
Paziente:	*Nome, *cognome:	N. AVS:
	Via:	*Data nasc.:
«* = campo obbligatorio»	NPA località:	Professione:
1. Prima consultazione:	Data:	dove: quando:
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.)? Se sì, quali?	
4. Reperto oggettivo:	Reperto radiologico:	
5. Diagnosi:	Tipo:	Codice:
6. Conseguenze dell'infortunio:	I reperti elencati alla cifra 4 sono compatibili con l'evento dichiarato dal paziente e plausibili?	

Primo reperto

7. Terapia: a) Procedere / proposte (cura ulteriore, radiogrammi, visita medica circondariale ecc.)

b) Il paziente è ospedalizzato?
Se sì, dove?:

8. Inabilità lavorativa:	%	in caso di capacità parziale al lavoro:	h/giorno al	%	dal:	al:
	%	in caso di capacità parziale al lavoro:	h/giorno al	%	dal:	al:
	%	in caso di capacità parziale al lavoro:	h/giorno al	%	dal:	al:

9. Fine della cura medica: sì: il:
no: presumibilmente tra settimane

10. Osservazioni:

Prestatario:	* Nome:		
	Via:		*GLN.:
«* = campo obbligatorio»	* NPA località:		RCC:
	eMail:		Telefono:
Esecutore: se diverso dal prestatario	Nome:		
	Data:	Firma:	_____
			<small>superflua in caso di invio elettronico</small>

Invio elettronico <input type="checkbox"/> modo produttivo Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati alla Suva.	
--	--

Campo
aggiuntivo:

Empty rectangular box for additional information.