

Infortunio numero:
Data dell'infortunio:

<b>Impresa:</b>	Nome:	
	Via, NPA località:	
<b>Paziente:</b>	*Nome, *cognome:	N. AVS:
	Via:	*Data nasc.:
«* = campo obbligatorio»	NPA località:	Professione:
<b>1. Prima consultazione:</b>	Data:	dove: quando:
<b>2. Indicazioni del paziente:</b>	Fattispecie e disturbi invocati. Ricaduta?	
<b>3. Stato generale:</b>	Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione (p. es. malattie pregresse, infortuni, fattori sociali ecc.)? Se sì, quali?	
<b>4. Reperto oggettivo:</b>	Lesione morfologica:  Danno funzionale:  Esami e diagnostica per immagini con copie dei referti:	
<b>5. Diagnosi:</b>	Tipo:	Codice:

Primo reperto

<b>6. Conseguenze dell'infortunio:</b>	I reperti elencati alla cifra 4 sono compatibili con l'evento dichiarato dal paziente e plausibili?					
<b>7. Terapia:</b>	a) Procedere / proposte (cura ulteriore, radiogrammi, visita medica circondariale ecc.)					
	b) Il paziente è ospedalizzato?					
	Se sì, dove?:					
<b>8. Inabilità lavorativat:</b>	%	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:
<b>9. Fine della cura medica:</b>	sì:	il:				
	no:	presumibilmente tra	settimane			
<b>10. Osservazioni:</b>						
<b>Prestatario:</b>	* Nome:					
	Via:					*GLN.:
«* = campo obbligatorio»	* NPA località:					RCC:
	eMail:					Telefono:
<b>Esecutore:</b>	Nome:					
se diverso dal prestatario	Data:					Firma: _____
						superflua in caso di invio elettronico

### Invio elettronico

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati alla Suva.

Campo  
aggiuntivo: