|  |  |
| --- | --- |
| **Certificato medico d’incapacità lavorativa all'attenzione del medico consulente degli assicuratori vita** | N. polizza /N. contratto/ N. AVS:     Inizio incapacità lavorativa:      [ ]  Malattia [ ]  Incidente |
|  |  |
| **1. Paziente** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:      Data di nascita:      Indirizzo:       | Cognome:      Sesso:  |

 |
|  |  |
| **2. Professione** |

|  |  |
| --- | --- |
| Professione/i esercitata/e:      | Grado di occupazione:     ore/giorno     giorni/settimana[ ]  Lavoratore dipendente [ ]  Lavoratore indipendente[ ]  Senza attività lucrativa |

 |
|  |  |
| **3. Trattamento** | Da quando è in atto il trattamento ambulatoriale presso di lei?       Fino al?      Prima di lei, in cura da (nome, indirizzo, specializzazione e durata):

|  |
| --- |
|       |

Dopo di lei, in cura da (nome, indirizzo, specializzazione e durata):

|  |
| --- |
|       |

Trattamento/cura in regime stazionario: Dove?

|  |
| --- |
|       |

Da quando a quando?      In caso di interventi chirurgici, quali?      Quando e dove?       |
|  |  |
| **4. Anamnesi** | a) Quando e come si è manifestato il disturbo per la prima volta? |
|  |       |
|  | b) Indicazioni soggettive del paziente: |
|  |       |
|  | c) Il paziente è già stato trattato in precedenza per questo disturbo? [ ]  Sì [ ]  No |
|  |

|  |
| --- |
| Se sì, dove?       |

Quando?        |
|  | d) Terapie precedenti: |
|  |       |
|  | e) Sussistono malattie precedenti e/o conseguenze di infortuni? [ ]  Sì [ ]  No |
|  |

|  |
| --- |
| Se sì, quali?       |

Da quando?      Chi era il medico curante/presso quale ospedale?

|  |
| --- |
|       |

Influiscono sul processo di guarigione? [ ]  Sì [ ]  No

|  |
| --- |
| Se sì, in che modo?       |

 |
|  |  |
| **5. Referti** **oggettivi** | Esami, referti con immagini radiologiche, accertamenti medici e rapporti di dimissione (si prega di allegare le copie): |
|

|  |
| --- |
| Quali?       |

Data?       |
|  |  |
| **6. Diagnosi** | Codice ICD ed eventuale/i diagnosi differenziale/i: |
|  **Con** influsso  sulla capacità lavorativa |       |
|  **Senza** influsso sulla capacità lavorativa |       |
|  | Limitazione oggettiva delle attività svolte attualmente: |
|  |       |
|  |  |
| **7. Altri fattori** | Sussistono circostanze particolari che possono influire negativamente sul processo di guarigione (ad es. contesto professionale, ambiente sociale, tragitto lavorativo, dipendenze)? [ ]  Sì [ ]  No |
|  | Se sì, quali?       |
|  |  |
| **8. Terapie** | a) Trattamento attuale e farmaci (posologia compresa): |
|  |       |
|  | b) Procedure/proposte (diagnostica per immagini, esami specialistici, trattamenti, ecc.): |
|  |       |
|  | c) Prognosi: |
|  |       |
|  |  |
| **9. Incapacità** **lavorativa** | Capacità lavorativa ragionevolmente esigibile(in % del caricousuale): | Presenzaragionevolmente esigibilein azienda(ore/giorno): | Incapacitàlavorativain %: | Incapacità lavorativadal: | Incapacità lavorativafino al: |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  | Ripresa dell’attività lavorativa: prevista dal:       per     ore/giorno prevedibilmente tra:     settimane per     ore/giorno |
|  |  |
| **10. Reintegrazione** | a) È possibile lo svolgimento di un altro lavoro/attività ammissibile? [ ]  Sì [ ]  No |
|  | Se sì, di che tipo e in quale misura?       |
|  | b) Viene già svolto un nuovo lavoro/attività? [ ]  Sì [ ]  No |
|  | Se sì, quale?       |
|  | c) Sussistono limitazioni nello svolgimento del nuovo lavoro/attività? [ ]  Sì [ ]  No |
|  | Se sì, quali       |
|  | d) Sotto il profilo medico, sussiste una limitazione per la guida  di un veicolo? [ ]  Sì [ ]  No |
|  | Se sì, quale?       |
|  |  |
| **11. Consultazioni** | Data dell'ultima consultazione      Data della prossima consultazione       |
|  |  |
| **12. Altri** **Assicuratori** | Sono coinvolti altri fornitori di prestazioni (assicuratore infortuni, assicuratore d'indennità giornaliera di malattia, AI, AM, ecc.) [ ]  Sì [ ]  No |
| Se sì, quali?       |
|  |  |
| **13. Osservazioni** |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Luogo e data:      |  | Indirizzo del medico:      |  | Firma del medico:  |