|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 carico  usuale): | Presenza  ragionevolmente esigibile  in azienda  (ore/giorno): | Incapacità  lavorativa  in %: | | Incapacità lavorativa  dal: | Incapacità lavorativa  fino 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: |