

# 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:	Cognome:
Data di nascita:	Sesso:
Indirizzo:	

## 2. Professione

Professione/i esercitata/e:	Grado di occupazione:    ore/giorno    giorni/settimana
	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente
	<input type="checkbox"/> Lavoratore indipendente
	<input type="checkbox"/> 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

**Con** influsso  
sulla capacità  
lavorativa

**Senza** influsso  
sulla capacità  
lavorativa

Codice ICD ed eventuale/i diagnosi differenziale/i:

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: