

Rapporto medico iniziale

Assicurazione contro gli infortuni

☐ LAINF
☐ LCA

Sinistro numero:
Data/ora dell' inf.:

**Datore di
lavoro**

Paziente

Nome:	NAS:	
Cognome:	Data di nascita:	Sesso:
Onere lavorativo:	ore al giorno	Nazionalità:
Professione svolta:		

**1. Prima
consultazione**

Data:	Ora:
Nome:	Luogo:
Specializzazione:	

**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.)?

☐ Sì ☐ No

Se sì, quali?

**4. Reperto
oggettivo**

Lesione morfologica:

Danno funzionale:

Esami e diagnostica per immagini con copie dei referti:

5. Diagnosi

Codice ICD-Code e diagnostica differenziale:

6. Conseguenze dell' infortunio

I reperti elencati alla cifra 4 sono compatibili con l'evento dichiarato dal paziente e plausibili?

☐ Sì ☐ No

7. Terapia

a) Procedere/Proposte (cura ulteriore, radiogrammi, visita medica circondariale, ecc.):

b) Il paziente è ospedalizzato?

☐ Sì ☐ No

Se sì, dove?

8. Inabilità lavorativa

Capacità di lavoro esigibile (in % del lavoro usuale):	Tempo di presenza in ditta esigibile (ore al giorno):	Ev. in %:	Inabilità lavorativa dal:	Inabilità lavorativa fino al:

La **ripresa** del lavoro **prima del fine settimana** è possibile?

☐ Sì ☐ No

Ripresa dell'attività lavorativa: a patire dal:
Presumibilmente tra:

per
per

ore al giorno
ore al giorno

9. Chiusura della cura medica

☐ Sì il:
☐ No presumibilmente tra settimane

10. Osservazioni

Luogo e data:

Indirizzo del medico:

Firma del medico:

EAN:

CCMS:

Tel.:

e-mail: