

Rapporto medico iniziale

Assicurazione contro gli infortuni



Vaudoise Generale,
Compagnia di Assicurazioni SA
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Losanna
T 0800 811 911, F 021 618 85 16

LAINF Numero di sinistro _____
 LCA Data/ora dell'infortunio _____

Datore di lavoro _____

Paziente Cognome _____ N° ass. _____
Nome _____ Data di nascita _____
Tempo di lavoro (ore/giorno) _____ Sesso Uomo Donna
Professione _____ Nazionalità _____

1. Prime cure Data _____ Ora _____
Nome _____ Luogo _____
Specializzazione med. _____

2. Indicazioni del paziente Dinamica dell'infortunio e disturbi. Si tratta di una ricaduta? _____

3. Stato generale _____

Esistono circostanze particolari che potrebbero influenzare negativamente il processo di guarigione (p. es. malattie precedenti, infortuni, circostanze sociali)? Sì No

Se sì, quali?

**4. Constatanze
obiettive**

Danno morfologico _____

Danno funzionale _____

Esami e diagnostica per immagini con copie dei referti _____

5. Diagnosi

Codificazione ICD ed eventuale/i diagnosi differenziale/i _____

**6. Conseguenze
dell'infortunio**

Le constatanze alla cifra 4 coincidono con l'evento descritto dal paziente e sembrano plausibili?

Sì No

7. Terapia

a) Procedura/proposte (continuazione del trattamento, radiografie, visita del medico di circondario ecc.)

b) Il paziente è ricoverato? Sì No

Se sì, dove?

8. Incapacità lavorativa

Tolleranza esigibile agli sforzi (% dello sforzo abituale)	Presenza esigibile in azienda (ore/giorno)	Eventuale incapacità lavorativa in %	Incapacità lavorativa dal	Incapacità lavorativa al

La ripresa del lavoro prima del fine settimana è possibile? Sì No

Ripresa del lavoro: prevista a partire dal _____ per _____ ore/giorno
presumibilmente tra _____ settimane per _____ ore/giorno

9. Trattamento terminato

Sì
 No

Il _____

Probabilmente tra _____ settimane

10. Osservazioni

Luogo e data

Indirizzo del medico

Firma del medico (superflua se invio elettronico)

EAN

CCMS

T

E-mail

Inviare

Stampare