

Rapporto intermedio LAINF

N. di sinistro

Datore di lavoro				
Infortunato	Nome Indirizzo		Data di nascita	N. AVS
			Stato civile	Nazionalità/Permesso
			Professione svolta	
Data del sinistro	Giorno	Mese	Anno	Alle (ora e minuto)
1. Diagnosi	a) Codici ICD ed eventuale (i) diagnosi differenziale (i):			
	b) Data dell'ultima consultazione:		c) Data della prossima consultazione:	
2. Decorso	a) Decorso finora e stato attuale (soggettivo e obiettivo):			
	b) Prognosi			
	c) Vi sono circostanze particolari che possono influire negativamente sul processo di guarigione (ad es. malattie precedenti, infortuni, contesto sociale)? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
3. Terapia	a) Trattamento attuale			
	b) Procedura/proposte (continuazione del trattamento, radiografie, consulto, ecc.):			
	c) Con quale frequenza avvengono le consultazioni?			
	d) Durata del trattamento dovuto all'infortunio? Conclusione del trattamento: <input type="checkbox"/> sì, il: <input type="checkbox"/> no, presumibilmente tra settimane			
4. Ripresa del lavoro	a) Incapacità al lavoro % dal al % dal al % dal al			
	b) Piena ripresa del lavoro prevista per il:		<input type="checkbox"/> già avvenuta il:	
	c) L'adozione di provvedimenti concreti potrebbe influire positivamente sulla prestazione al posto di lavoro? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, che tipo di provvedimento? (ad es. attribuzione di lavoro più appropriato al soggetto; sostegno per il tragitto da e per il lavoro; adeguamento del posto di lavoro; job-coaching, ecc.)			
5. Svantaggio permanente	a) Si deve attendere uno svantaggio permanente? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
	b) Se sì, di che tipo?			
	c) In che misura stima la limitazione della parte del corpo interessata?			
6. Osservazioni				

Se dall'ultimo invio di rapporti medici sono stati eseguiti **esami speciali**, la invitiamo a inviarci le **copie dei rapporti (radiografie, MRI, TAC, consulti, ecc.)** non ancora inviateci. Grazie.

Luogo e data

Timbro e firma del medico