

Rapporto sulle prestazioni fisiche sotto sforzo

Indennità giornaliera di
malattia

Numero del caso

Inizio dell'incapacità al lavoro

Datore di lavoro

Persona assicurata

Nome Cognome

Grado di occupazione

%

Data di nascita

ore/settimana

Professione esercitata

1. Quale diagnosi è alla
base dell'attuale
incapacità al lavoro?

Codice diagnostico ICD-10:

2. Quali altri disturbi
sussistono?

3. Rapporto medico

4. Quali restrizioni
sussistono nell'attività
attuale?

**5. Trattamento attuale /
andamento del
trattamento**

**6. Medicamento,
incl. dosaggio**

**7. Capacità lavorativa
riguardo all'attuale
posto di lavoro**

Capacità esigibile di sostenere carichi (% del carico abituale)	Presenza esigibile sul posto di lavoro (ore/giorno)	IL in %	Incapacità al lavoro dal:	Incapacità al lavoro fino al:
---	---	---------	------------------------------	----------------------------------

Ripresa del lavoro prevista dal		per	ore/giorno
presumibilmente tra	settimane	per	ore/giorno

**8. L'attività attuale è
auspicabile che
avvenga in un altro
contesto lavorativo /
presso un altro datore
di lavoro?**

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sì, a partire dal	per	ore/giorno
	carico lavorativo auspicabile:		%

Domande mediche

9. Anamnesi patologica

10. La persona assicurata è / verrà ricoverata / sottoposta a intervento chirurgico o a trattamento parzialmente stazionario?	<input type="radio"/> Intervento <input type="radio"/> Stazionario <input type="radio"/> Parzialmente stazionario Quando Dove <input type="radio"/> No
11. Altri medici coinvolti?	Specializzazione (indirizzo incl.) Specializzazione (indirizzo incl.)
12. Date delle consultazioni Date delle consultazioni Date delle consultazioni fino ad ora	Date delle consultazioni Date delle consultazioni fino ad ora Prossimo appuntamento il
13. Prognosi Durata inabilità lavorativa	<input type="radio"/> Già conclusa al <input type="radio"/> 0 – 2 mesi <input type="radio"/> 4 – 6 mesi <input type="radio"/> 2 – 4 mesi <input type="radio"/> > 6 mesi
14. Come è l'ulteriore trattamento previsto?	Frequenza di trattamento
15. Per favore allegare	<input type="radio"/> Rapporto operatorio <input type="radio"/> Rapporto consulto medico <input type="radio"/> Rapporto di dimissione <input type="radio"/> Referto di laboratorio <input type="radio"/> Referto risonanza magnetica <input type="radio"/> Referto TAC <input type="radio"/>

Domande sulla capacità lavorativa

16. Vi sono motivi non medici che influiscono sulla capacità lavorativa?	<input type="radio"/> Sì, effetti sulla capacità lavorativa: <input type="radio"/> No
17. Esito della terapia praticata finora?	
18. È possibile aumentare la capacità lavorativa nell'attività attuale?	<input type="radio"/> Sì, dal al % ore/giorno <input type="radio"/> Sì, presso un altro datore di lavoro dal al % ore/giorno <input type="radio"/> No, indicare il motivo
19. È possibile e ragionevole lo svolgimento di un'altra attività adattata al decorso della malattia?	<input type="radio"/> Sì, dal al % ore/giorno <input type="radio"/> No, indicare il motivo
20. Quali risorse esistono per un reinserimento?	

21. Sul piano medico-teorico, quali sforzi sono attualmente esigibili dall'assicurato/a?

- Nessuno Sì, al _____ % dal
- Sollecitazioni alternate sul posto di lavoro
- Sollevare fino a _____ kg fino a quale altezza? _____ cm
- Portare fino a _____ kg
- Stare in piedi fino a _____ ore al giorno
- Camminare fino a _____ ore al giorno
- Stare seduti fino a _____ ore al giorno
-

Domande varie

22. La persona assicurata aveva già ricevuto dei trattamenti a causa di questi disturbi ed era risultata inabile al lavoro (ricaduta)?

- Sì, quando e da chi

No

23. Ritiene utile un secondo parere?

- Sì, quale specializzazione?

No

24.

Data

Indirizzo del medico

Nome Cognome

Indirizzo

Numero RCC

Telefono

E-Mail

Firma e timbro del medico

(non richiesti in caso d'invio in modalità elettronica)
