

N. di sinistro

## 1. Certificato medico LAINF

| 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. Primo trattamento              | Giorno   | Mese | Anno  | Ore   | <input type="checkbox"/> durante <input type="checkbox"/> fuori dall'orario di visita<br><input type="checkbox"/> sul luogo dell'incidente <input type="checkbox"/> al domicilio del/della paziente |
| 2. Indicazioni del/della paziente | Dinamica dell'infortunio e disturbi, ricaduta?   |      |   |   |   |
| 3. Stato generale                 | a) Costatazioni particolari (stato d'animo, alcool, droghe, ecc.)<br><br>b) Conseguenze di malattie e infortuni nonché anomalie corporali (invalidità)<br><br>c) Vi sono circostanze particolari che possono influire negativamente sul processo di guarigione (ad es. malattie precedenti, infortuni, contesto sociale) |      |   |   |   |
| 4. Referto                        | Radiografie:   |      |   |   |   |
| 5. Diagnosi                       | Codici ICD ed eventuale (i) diagnosi differenziale (i):<br><br>Nel caso di lesioni cervicali, compilare e allegare il formulario DCC.  |      |   |   |   |
| 6. Cause                          | a) Quali possono essere le cause dei disturbi attuali:<br><input type="checkbox"/> Infortunio <input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> altre: quali?   |      | b) Il/la paziente soffriva già prima di disturbi simili?<br><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, trattamento presso |   |   |
| 7. Terapia                        | a) Quali cure sono state prescritte fino ad oggi?<br><br>b) Propone delle misure mediche o non mediche particolari?<br><br>c) Il/la paziente è o è stato ospedalizzato?<br><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, dove? dal/al   |      |   |   |   |
| 8. Inabilità lavorativa           | <input type="checkbox"/> sì, parziale al   |      | % dal   |   | probabilmente fino al   |
|                                   | <input type="checkbox"/> no  |      |   |   |   |
| 9. Ripresa del lavoro             | <input type="checkbox"/> sì, parziale al   |      | % dal   |   | completa dal  |
|                                   | <input type="checkbox"/> no  |      |   |   |   |
| 10. Fine del trattamento          | <input type="checkbox"/> sì, il:<br><input type="checkbox"/> no, probabilmente tra settimane   |      |   |   |   |
| 11. Altre assicurazioni           | AM, AI, Suva, altri assicuratori LAINF, assicuratore malattia Quali?   |      |   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |   |
| 12. Continuazione del trattamento | Da parte di chi?<br>Nome e indirizzo   |      |   |   |   |

Luogo e data

Timbro e firma del medico