

# Primo certificato medico

## Assicurazione LAINF

Indirizzo medico/clinica

<b>Numero di riferimento</b>	Paziente		Evento del	Corrispondente
<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nel caso in cui il/la paziente fosse di nuovo abile al lavoro, La preghiamo di rispondere soltanto alle domande **1, 2, 3b e 6**.  
Per eventuali osservazioni e/o proposte, si prega di utilizzare il retro del formulario o un foglio separato.

1. **Inizio della cura medica:**

2. **Reperti:**

**Diagnosi:**

3. a) Secondo il/la paziente, quando e come si è manifestato per la prima volta l'affezione (**breve anamnesi**)?  
In caso d'infortunio: data/dinamica dello stesso?

  


3. b) Il/la paziente è già stato/a curato/a in precedenza per la stessa affezione?  Sì  No  
Se sì, quando e da quale medico?

4. Ci sono **altri fattori** che influenzano questa affezione (p.es. malattie o infortuni precedenti, infermità, assuefazioni)?  Sì  No  
Se sì, quali?

5. Tipo di cura?  Da parte di chi?

In caso di cura ospedaliera: dove?  dal  al

6. **Incapacità lavorativa** in qualità di ...  (grado d'occupazione %)

% dal  al  % dal  al

Per quando è prevedibile una ripresa del lavoro?

È possibile che il/la paziente riprenda il lavoro **prima del fine settimana**?  Sì  No

7. Alla ripresa del lavoro o all'aumento del grado di capacità lavorativa potrebbero contribuire  **misure non mediche** (p. es. trasporto al posto di lavoro, aiuti sociali o familiari)?  Sì  No  
Se sì, quali e in che **misura**?

8. Dobbiamo considerare questo **certificato** come **finale**?  Sì  No  
Se no, quando disporrà di nuovi risultati riguardo allo stato di salute del/della suo/a paziente, in base ai quali risulterà utile richiedere un **prossimo certificato medico**?

9. Sono coinvolti **altri enti assicurativi** (LAINF, cassa malati, AI, ecc.)?  Sì  No  
Se sì, quali?

Luogo e data	No. del CAMS	Timbro e firma del medico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>