

Certificato medico successivo Assicurazione LAINF



Indirizzo del medico/clinica:	Paziente:	Numero di riferimento:	
		Data di nascita:	
		No. NAS:	Corrispondente
		Professione svolta:	
		Grado d'occupazione:	Evento del:

1. **Diagnosi:** Codice ICD e diagnostica differenziale:

2. **Terapia:** a) **Trattamento attuale:**

b) **Interventi/Proposte** (cura ulteriore, radiografie, visite di tipo medico assicurativo):

c) **Ogni quanto hanno luogo le consultazioni?**

d) **Quanto tempo potranno ancora durare le cure?**

3. **Sviluppo:** a) **Sviluppo del disturbo e stato attuale** (soggettivo e oggettivo):

b) **Prognosi:**

c) **Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione** (p. es. malattie pregresse, infortuni, fattori sociali)?

Se sì, quali? No

4. **Inabilità lavorativa:** Quali limitazioni fisiche, intellettuali, psichiche sono esistenti e in che modo influenzano concretamente lo svolgimento del lavoro attuale (compiti da risolvere)?

Capacità di lavoro esigibile (in % del lavoro usuale):	Tempo di presenza in ditta esigibile (ore al giorno):	Effettiva IL in %:	Inabilità lavorativa dal:	Inabilità lavorativa fino al:

Ripresa dell'attività lavorativa: a partire dal: per ore al giorno

Presumibilmente tra: settimane per ore al giorno

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

4. **Inabilità lavorativa:** b) L'adozione di provvedimenti adeguati potrebbe influire positivamente sulla prestazione al posto di lavoro (p. 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.)?

Se sì, che tipo di provvedimento? No

c) Sono presumibili pregiudizi permanenti?

Se sì: di che tipo e di quali proporzioni? No

5. **Osservazioni:**

Luogo e data:

No. del CAMS:

Timbro e firma
del medico