

Certificato medico successivo

Assicurazione perdita di salario in seguito a malattia LCA



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

1. Reperto oggettivo: Reperti documentati e immagini (p.f. allegare le copie):

2. Diagnosi: Codice ICD e diagnostica differenziale:

Con effetti sull'inabilità lavorativa:

Senza effetti sull'inabilità lavorativa:

Restrizioni oggettive in merito all'attività attuale:

3. Terapia: a) Trattamento attuale:

b) Interventi / proposte per ulteriori trattamenti:

c) Il paziente è o deve essere ospedalizzato o operato? Se sì, dove e quando? No

d) Altri medici o terapeuti coinvolti?

Nome:	Luogo:	Specializzazione:	Da quando:

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

b) Prognosi:

5. Altri fattori: Esistono circostanze collaterali che influenzano negativamente la guarigione o la ripresa dell'attività lavorativa (per es. ambiente di lavoro, circostanze sociali, pendolarismo, tossicomanie)?

Se sì, quali? No

6. 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

- 7. Abilità lavorativa:** dopo stabilizzazione dello stato di salute
- a) L'attività attuale sarà ancora praticabile dal punto di vista medico? Sì No
- b) La praticabilità dell'attività attuale sarebbe possibile in un altro ambiente di lavoro? Sì No
- c) Sarebbe possibile dal punto di vista medico praticare un'attività adattata al caso? Sì No

Se sì (nei casi a, b oppure c):
Qual'è il profilo di prestazione del paziente e quali sono gli adattamenti necessari al caso?

a partire dal: per ore al giorno prestazione esigibile: %

8. Seconda opinione: Una consultazione per un consiglio con medici specifici farebbe senso? Sì No

9. Misure di Reintegrazione: Ulteriori misure di reintegrazione possono migliorare la performance del paziente? Sì No

Se sì: con quali misure possiamo secondo lei sostenere l'assicurato?

- misure mediche?
- misure professionali (per es.: aiuto per raggiungere il posto di lavoro, Job Coaching)?
- misure psico-sociali?

10. Osservazioni:

Luogo e data:

No. del CAMS:

Timbro e firma del medico