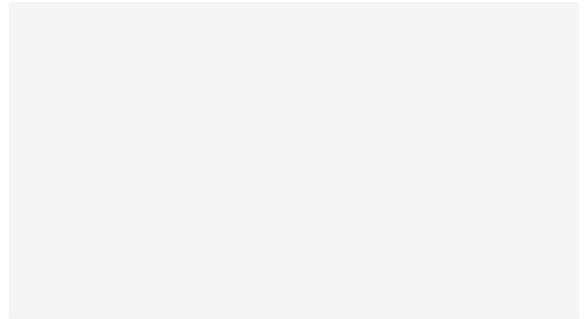
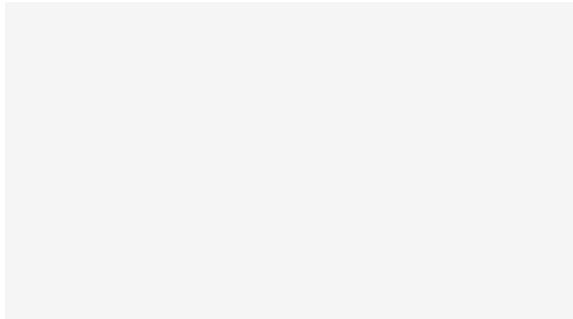


Rapporto medico: Per assicurati in età inferiore a 20 anni

scelta cantone



Accertamento AI per assicurati in età inferiore a 20 anni: La preghiamo di compilare e di ritornarci il rapporto medico

Buongiorno

La/il sua/suo paziente presenta delle limitazioni di carattere medico che hanno reso necessaria una richiesta di prestazioni AI. Per una rapida valutazione necessitiamo il suo competente supporto.

Pertanto, le chiediamo gentilmente di compilare il rapporto medico per quanto le sia possibile nell'ambito che la compete e in base alla sua cartella clinica. Qualora non le fosse possibile fornire tutte le informazioni richieste, avrà comunque tutta la nostra comprensione.

Ulteriori informazioni a riguardo della collaborazione con gli uffici AI la trovate sulla Homepage www.iv-pro-medico.ch.

Voglia compilare il rapporto medico in forma elettronica o a mano e ritornarcelo il più presto possibile. Per quanto concerne l'onorario spettante per la compilazione, si attenga come finora a quanto indicato in Tarmed.

La ringraziamo per la collaborazione e presentiamo distinti saluti.

Rapporto medico

Rapporto medico per la valutazione del diritto di assicurati in età inferiore a 20 anni alle seguenti prestazioni:

- provvedimenti sanitari mezzi ausiliari
 provvedimenti d'integrazione professionale

Domande complementari

La invitiamo a rispondere anche alle domande complementari sul foglio supplementare

Persona assicurata (nome, cognome)	Data di nascita	Numero d'assicurato
------------------------------------	-----------------	---------------------

1. Diagnosi

> 1.1

Diagnosi

Per le patologie della sfera psichica si prega di indicare anche la classificazione secondo ICD-10 oppure DSM-IV

Posta per la prima volta il:

> 1.2

Lo stato di salute si ripercuote sulla frequenza scolastica o sulla formazione professionale?

sì no

Se sì, in che forma?

Da quando?

> 1.3

È presente una (o più) infermità congenita ai sensi dell'OAI?

sì no

Se sì, cifra(e)

> **1.4**

Lo stato di salute della persona assicurata è:

rimasto invariato suscettibile di miglioramento suscettibile di peggioramento

> **1.5**

La possibilità di una futura integrazione nel mondo del lavoro può essere migliorata in modo considerevole tramite l'attuazione di provvedimenti sanitari?

sì no

> **1.6**

La persona assicurata necessita di trattamento/terapia?

sì no

In caso affermativo, di quale?

Tipo di terapia

Inizio

Durata prevista

--	--

Scopo (Frequenza e durata delle sedute)

Organo d'esecuzione: dove viene effettuato il trattamento? Trattamenti al domicilio solo in caso di necessità medica (per favore motivare).

Qual'è l'obiettivo della terapia?

> **1.7**

La persona assicurata necessita di apparecchi di cura o di mezzi ausiliari?

sì no

In caso affermativo, di quali?

> **1.8**

La menomazione impone la necessità di una sorveglianza personale o di un maggiore aiuto rispetto ad un coetaneo sano?

sì no

In caso affermativo, da quando?

2. Dati medici

> **2.1**

Trattamento dal: al:

> **2.2**

Data dell'ultima consultazione

> **2.3**

Anamnesi (decorso cronologico, terapia, sintomi attuali)

> **2.4**

Referto medico

> **2.5**

Prognosi

> **2.6**

Accertamenti medico-specialistici

> **2.7**

Programma di trattamento (inizio/durata)

> **2.8**

Ha prescritto provvedimenti terapeutici nell'ambito delle cure a domicilio?

sì

no

In caso affermativo: quali, con quale frequenza, per quanto tempo, chi li esegue?

3. Firma

Nome, cognome, data e firma del medico / Indirizzo esatto (studio/reparto)

Data

Firma

4. Allegati

Voglia gentilmente allegare copia dei rapporti ospedalieri e/o medico-specialistici oppure fornirci i dettagli necessari per permetterci di richiederli direttamente. Rapporti originali saranno ritornati dopo averli visionati.
