

## Certificato medico LAINF

Infortunio numero:

Data e ora dell'inf.:

**Impresa:**

**Paziente:**

Nome, cognome:

NAS / N. AVS:

Via:

Data di nascita:

NPA località:

Sesso:

**1. Prima consultazione:**

Datum:

wo:

wann:

**2. Indicazioni del paziente:**

Fattispecie e disturbi invocati. Ricaduta?

**3. Stato generale:**

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

Se sì, quali?

**4. Reperto oggettivo:**

Reperto radiologico:

**5. Diagnosi:**

Tipo:

Codice:

**6. Conseguenze dell'infortunio:**

I reperti elencati alla cifra 4 sono compatibili con l'evento dichiarato dal paziente e plausibili?

**7. Terapia:** a) Procedere / proposte (cura ulteriore, radiogrammi, visita medica circondariale ecc.)

b) Il paziente è ospedalizzato?

Se sì, dove?:

<b>8. Inabilità lavorativa:</b>	%	in caso di capacità parziale al lavoro:	h/giorno	al	%	dal:	al:
	%	in caso di capacità parziale al lavoro:	h/giorno	al	%	dal:	al:
	%	in caso di capacità parziale al lavoro:	h/giorno	al	%	dal:	al:

**9. Fine della cura medica:** sì: il:  
no: presumibilmente tra            settimane

**10. Osservazioni:**

Data:

Medico:

Firma:

\_\_\_\_\_ superflua in caso di invio elettronico

GLN:

RCC:

Tel.:

Il pulsante «**Invia i dati**» permette l'invio elettronico dei dati alla Suva.

Cura ulteriore