

Rapporto medico intermedio

Infortunio numero:

Data dell'infortunio:

Impresa: Nome:
Via, NPA località:

Paziente: *Nome, *cognome:
Via:
«* = campo obbligatorio» NPA località:

N. AVS:
* Data nasc.:
Professione:

1. Diagnosi: Tipo: Codice:

2. Decorso: a) Decorso e stato attuale del paziente (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?

3. Terapia: a) Cura attuale:

b) Procedere / proposte (cura ulteriore, radiogrammi, visita medica circondariale ecc.):

c) Ogni quanto hanno luogo le consultazioni?

d) Quanto tempo potranno ancora durare le cure?

4. Ripresa del lavoro: a) Ripresa del lavoro al % dal / prevista

b) Dobbiamo intervenire presso l'azienda per l'assegnazione di una mansione adatta?

c) Sono presumibili danni permanenti?
Se sì, di quale natura?

5. Osservazioni:

Prestatario:	* Nome:		*GLN.:
	Via:		RCC:
«* = campo obbligatorio»	*NPA località:		Telefono:
	eMail:		
Esecutore:	Nome:		
se diverso dal prestatario			
	Data:	Firma:	_____
			superflua in caso di invio elettronico

Invio elettronico

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

Campo
aggiuntivo: