

Rapporto medico intermedio

Infortunio numero:

Data e ora dell'inf.:

Impresa:

Paziente:

Nome, cognome:

NAS / N. AVS:

Via:

Data di nascita:

NPA località:

Sesso:

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:

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.