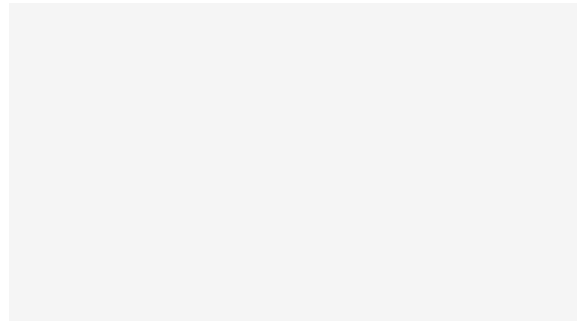
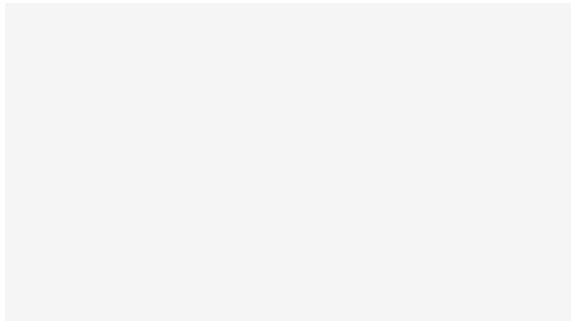


Rapporto medico: Integrazione professionale/Rendita

scelta cantone



Accertamento AI integrazione professionale: La preghiamo di compilare e di ritornarci il rapporto medico

Buongiorno

La Sua/il Suo paziente presenta delle limitazioni di carattere medico che hanno reso necessaria una richiesta di prestazioni AI. Per esaminare il caso celermente necessitiamo del Suo competente aiuto.

Voglia per favore rispondere alle domande poste nel rapporto per quanto Le sia possibile nell'ambito che La compete e in base alla cartella clinica. Voglia cortesemente allegare copia dei rapporti in Suo possesso.

Informazioni

Vuole sapere come funziona la collaborazione con gli Uffici AI?

Troverà le informazioni sul sito www.iv-pro-medico.ch.

Questo questionario è stato allestito in collaborazione con la FMH.

Se ha delle domande di ordine medico si può rivolgere al nostro Servizio medico regionale.

Il rapporto medico e i colloqui possono essere fatturati secondo Tarmed.

RingraziandoLa, Le porgiamo cordiali saluti.

Rapporto medico: Integrazione professionale/Rendita

Dati personali

Cognome

Nome

NAP, Luogo

Via

Sesso

Data di nascita

N. AVS

Numero di telefono

Stadio in cui si trova la procedura

Contatto

Ha altre domande in merito allo stato degli accertamenti?

Nel caso La dovessimo contattare. Quando e a quale numero La possiamo raggiungere?

Numero di telefono

Fascia oraria

Nel caso La volessimo contattare. Quando e a quale numero La possiamo raggiungere?

Numero di telefono

Fascia oraria

1 Indicazioni generali

1.1

Il trattamento ambulatoriale/ospedaliero da Lei prestato ha avuto luogo

dal _____ del _____ Data dell'ultimo controllo
|_____ |_____ |_____

I controlli precedenti sono stati effettuati da
|_____

I controlli successivi sono stati effettuati da
|_____

1.2

Con quale frequenza è attualmente in cura la/il paziente?
|_____

1.3

Indicare il decorso dell'incapacità lavorativa finora attestata (in percento)

%	dal	al
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Per quali attività ha attestato un'incapacità lavorativa?
|_____

1.4

Sono coinvolti altri attori (medici specialisti, ospedali o terapeuti)?
|_____

Per favore voglia allegare copia dei rapporti in Suo possesso.

2 Situazione medica

2.1

Antecedenti ed evoluzione della situazione della/del paziente
|_____

2.2

Situazione e sintomatologia medica attuale

2.3

Prescrizione medica attuale (posologia inclusa)

2.4

Referti oggettivi e dettagliati sulla base degli esami effettuati

2.5

Diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa
(Per le malattie psichiche fare riferimento alla classificazione ICD-10 o DSM-5)
Quando è stata posta la diagnosi?

2.6

Diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa
Quando è stata posta la diagnosi?

2.7

Voglia indicare la Sua prognosi sulla capacità lavorativa

2.8

Voglia indicare il modo di procedere/piano di trattamento (terapie, interventi operatori, prescrizione medica)

3 Situazione professionale

3.1

Attualmente quale attività può svolgere la/il paziente?

Non è possibile rispondere

3.2

Di quali informazioni riguardo alla situazione professionale della/del paziente dispone?

Nessuna

3.3

Quali sono le esigenze dell'attività svolta finora dalla Sua/dal Suo paziente?

(Per esempio: fisicamente pesante / alternanza della postura / ripetitivo / funzione direttiva / lavoro a turni / lavoro di gruppo / contatto con i clienti o simili.)

Non è possibile rispondere *Se dispone di una descrizione del posto di lavoro, La preghiamo di allegarla.*

3.4

Quali sono i limiti funzionali della Sua/del Suo paziente? Come si ripercuotono sull'attività svolta finora?

Per favore voglia descrivere le limitazioni.

Non è possibile rispondere

3.5

La Sua/il Suo paziente dispone di risorse che potrebbero aiutare l'integrazione?

(Per esempio: conoscenze linguistiche / perfezionamenti / attività della vita quotidiana / attività di volontariato / hobby / tempo libero / contatto con amici / viaggi)

Non è possibile rispondere

3.6

Ha dei dubbi sull'idoneità alla guida? Quali?

Non è possibile rispondere

4 Potenziale d'integrazione

4.1

Per quante ore al giorno è esigibile l'attività svolta finora dalla Sua/dal Suo paziente?

Non è possibile rispondere

4.2

Per quante ore al giorno è esigibile un'attività adeguata alle limitazioni della Sua/del Suo paziente?

4.3

Qual è la sua prognosi sull'integrazione della Sua/del Suo paziente?

4.4

Quali sono i fattori che impediscono l'integrazione?

4.5

In quale misura la Sua/il Suo paziente è limitato nelle mansioni domestiche? (Per esempio: conduzione dell'economia domestica / alimentazione / pulizia dell'abitazione / acquisti / bucato / cura dei bambini)

Non è possibile rispondere

5 Diversi

Quali altri elementi sono importanti per la valutazione del caso della Sua/del Suo paziente? Desidera comunicare altro?

Nome, cognome, indirizzo esatto (studio/reparto) e firma del medico (la firma elettronica è sufficiente)

Data

Firma

Allegati
