

Infortunio numero:
Data dell'infortunio:

Impresa:	Nome:	
	Via, NPA località:	
Paziente:	*Nome, *cognome:	N. AVS:
	Via:	*Data nasc.:
«* = campo obbligatorio»	NPA località:	Professione:
1. Prima consultazione:	Data:	dove: quando:
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:	Lesione morfologica:	
	Danno funzionale:	
	Esami e diagnostica per immagini con copie dei referti:	
5. Diagnosi:	Tipo:	Codice:

Primo reperto

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?:					
8. Inabilità lavorativat:	%	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:						
Prestatario:	* Nome:					
	Via:					*GLN.:
«* = campo obbligatorio»	* NPA località:					RCC:
	eMail:					Telefono:
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: