

CERTIFICATO MEDICO

Allegato alla domanda di riconoscimento per:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> invalidità civile | <input type="checkbox"/> handicap |
| <input type="checkbox"/> sordomutismo | <input type="checkbox"/> condizioni disabilità |
| <input type="checkbox"/> cecità civile | <input type="checkbox"/> ricorso avverso giudizio commissione 1 ^a istanza |

Cognome e nome _____ nato/a _____

il _____ residente in _____

via/fraz. _____ domiciliato in _____

via/fraz. _____ professione _____

Patente di guida: SI NO _____ (specificare la categoria) _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri)

Utilizzo o meno di servizi sociali territoriali: si no

(se si, quali) _____

E' titolare di rendita INAIL, pensione; se si specificare la percentuale: _____

e la patologia _____

STATO GENERALE _____ alt. m. _____ peso KG. _____

Cute, annessi e sistema linfoghiandolare (colorito, dermatosi, ulcerazioni, edemi, neoformazioni, cicatrici, ecc.) _____

APPARATO CARDIOVASCOLARE: nei limiti fisiologici per l'età SI NO

Eventuali elementi patologici rilevati: _____

polso _____ respiro _____ press. arteriosa _____

vasi _____

Cognome e nome: _____

APPARATO RESPIRATORIO: _____

APPARATO DIGERENTE E ORGANI IPOCONDRIACI: _____

ERNIE: (sedi, riducibilità, uso di cinti) _____

APPARATO OSTEOARTICOLARE:

scheletro _____

articolazioni _____

SISTEMA ENDOCRINO: _____

SISTEMA NERVOSO E PSICHE: _____

OCCHI E VISTA: _____

Cognome e nome: _____

ORECCHIO, UDITO, FAVELLA: _____

APPARATO URO-GENITALE: _____

E' PROVVISORIO DI PROTESI? Se si specificare quale/i _____

DOCUMENTAZIONI SANITARIE ESIBITE DALL'ASSISTITO (cartelle cliniche, accertamenti sanitari, ecc.) _____

eventuali terapie in atto: _____

SINTESI DIAGNOSTICA: _____

PATOLOGIA ONCOLOGICA IN CORSO (*specie se attualmente ancora radio o chemioterata*)

(Art. 6 L. 80/2006)

SI

NO

OSSERVAZIONE: _____

Il presente certificato è stato compilato, a richiesta dell'interessato, a fini assistenziali.

NB: Importante compilare foglio sul retro per richieste di accompagnamento e/o aggravamento.

Data _____

Timbro _____

Firma del Medico _____

Cognome e nome: _____

Cerchiare per ciascuna attività la descrizione più appropriata

FARSI IL BAGNO	senza aiuto con spugna, doccia o vasca	con aiuto solo per lavarsi una parte del corpo (quale dorso e gambe)	con aiuto per lavarsi più di una parte del corpo o non può farsi il bagno
VESTIRSI:	prende i vestiti e li indossa senza aiuto	richiede aiuto per allacciarsi le scarpe o abbottonarsi	viene aiutato per vestirsi in parte o completamente
ANDARE AL GABINETTO:	si reca al gabinetto, si pulisce e si aggiusta i vestiti senza aiuto	viene aiutato nel recarsi al gabinetto pulirsi, infilarsi i vestiti	non è in grado di recarsi al gabinetto da solo
MUOVERSI:	si muove da solo dentro e fuori casa	cammina solo con aiuto e con appoggi fuori e dentro casa	non è assolutamente in grado di camminare.
CONTINENZA:	è in grado di controllare gli sfinteri	ha perdite occasionali	è necessario usare il catetere o vi è una grossa incontinenza
ALIMENTAZIONE:	si nutre da solo senza aiuto	si nutre da solo, ma necessita di aiuto per tagliarsi la carne o per per versarsi da bere.	riceve aiuto nell'alimentarsi.

Data _____

Timbro _____

Firma del Medico _____

Annotazioni particolari del Medico

Data _____

Timbro _____

Firma del Medico _____

Nota Bene

A) Nel caso di domande presentate per l'accertamento dell'aggravamento il certificato deve contenere motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni peggiorative del quadro clinico preesistente.

B) Eventuale richiesta di visita domiciliare per in trasportabilità.

SI NO

Precisare il motivo sanitario per cui l'istante è intrasportabile e, dunque, non può presentarsi presso l'ambulatorio per la visita medica collegiale: la richiesta verrà preventivamente esaminata dalla Commissione per l'eventuale visita presso il domicilio.

