

**CERTIFICATO MEDICO**

Allegato alla domanda di riconoscimento per:

- invalidità civile
- sordomutismo
- cecità civile
- disabilità (l. 104/1992)
- condizioni disabilità (l. 68/1999)
- ricorso avverso giudizio commissione 1<sup>a</sup> 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.

.....  
.....  
.....  
.....