



Certificato medico – 1/4

NUMERO CERTIFICATO:

COGNOME :..... NOME:

SESSO: M F CODICE FISCALE:

NATO/A IL GG/MM/AAAA:

A:

PROV. CODICE TESSERA SANITARIA:

ASL DI APPARTENENZA:

Anamnesi patologica remota:

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

Anamnesi patologica prossima:

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

Terapia in atto:

.....
.....

Esame obiettivo:

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

Diagnosi:

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

Frequenza prevista delle visite di controllo:

settimanale mensile trimestrale semestrale annuale altro



Certificato medico – 2/4

Patologia neoplastica

Data della diagnosi

Stadiazione

TNM: clinicopatologico.....

Altro: clinico.....patologico.....

In corso:

Altri eventuali fattori prognostici di rilievo

.....
.....

Terapie effettuate per:

- malattia in fase iniziale malattia localmente avanzata malattia metastatica

Chirurgia (tipo/data):

Chemioterapia (tipo/data inizio e data termine):.....

Radioterapia (sedi/dosi/periodo):.....

Ormonoterapia (tipo/data inizio e data termine) :
.....

Trapianto (tipo/data):.....
.....

Risposta al trattamento:

- Remissione completa dopo chirurgia e/o terapia medica, conseguita in data
- Residuo di malattia o remissione parziale dopo terapia
- Recidiva/progressione di malattia accertata in epoca
- Remissione completa/parziale/stazionarietà in malattia metastatica dopo terapia
- Progressione in malattia metastatica dopo terapia
- Da valutare

**Piano terapeutico in corso:**

- Nessun trattamento Terapia neoadiuvante Terapia adiuvante Terapia per malattia metastatica
 Altro.....

Codici ICD-9
.....**Certificato medico – 3/4****Certifico che la persona è:**

- Impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore: SI NO Non mi esprimo (*)
 Non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua: SI NO Non mi esprimo (*)
 Affetta da malattia neoplastica in atto
 Affetta da sindrome genetica (cariotipo eseguito il.....)
 Affetta da patologia in situazione di gravità ai sensi del D.M. 2 agosto 2007
 Sussistono in atto controindicazioni mediche che rendono rischioso o pericoloso per sé o per gli altri lo spostamento del soggetto dal suo domicilio
 Affetta da patologia di competenza ANFFAS: SI NO
 Affetta da patologia permanente
 Affetta da patologia suscettibile di miglioramento (suggerita revisione dopo anni _____ dalla presente visita)

Il presente certificato è rilasciato ai fini della domanda di:

- INVALIDITA' CECITA' SORDITA' SORDOCECITA' (Legge 24 giugno 2010, n. 107)
 HANDICAP DISABILITA'

Segnalo che:

- Sono presenti patologie di disabilità intellettiva e/o relazionale:

Codice ICD-9: Descrizione:.....

- Per gli effetti di cui all'art. 41 Legge n. 183/2010, una o più infermità, per le quali si chiede il riconoscimento dello stato invalidante, potrebbero dipendere da fatto illecito di terzi: SI NO

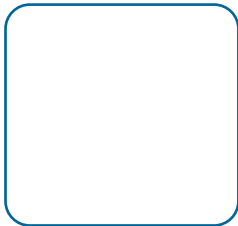
Specialista in Commissione:.....
(solo per residenti nella regione Emilia Romagna)

Luogo:.....

Data:.....



Certificato medico – 4/4



Medico curante

Cognome:.....

Nome:

n° Iscrizione Ordine Provinciale dei medici:

firma del Medico.....

IL PRESENTE CERTIFICATO E' VALIDO SOLO SE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE

(*) Il presente certificato non reca la dizione “Persona impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore” oppure “Persona che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita” e pertanto non consente alle commissioni mediche preposte di procedere all'accertamento autonomo di tali condizioni ai fini della concessione della indennità di accompagnamento (art. 3 del DL 30 maggio 1988, n. 173, convertito in Legge 26 luglio 1988, n. 291 e art. 1 del D.M. 20 luglio 1989, n. 292).