**RAPPORTO UFFICIALE DEL MEDICO**

sull'idoneità psicofisica degli operatori sanitari con più di 70 anni

all'esercizio della professione (art. 60 LS)

**DATI DEL MEDICO (che ha redatto il questionario)**

Cognome: ........................................ Nome: ........................................

Luogo: ........................................ Telefono: ........................................

1. **GENERALITA' DELL'OPERATORE SANITARIO**
* Cognome: ................................................................................
* Nome: ................................................................................
* Data di nascita: ................................................................................
* Via: ................................................................................
* NAP: ................................................................................
* Domicilio: ................................................................................
* Professione: ................................................................................
* Specializzazione (FMH) : ................................................................................
1. **ANAMNESI PERSONALE REMOTA**
* Malattie subite (indicare la diagnosi e l'anno): ...............................................................................................................................................................................................................................................................
* Turbe psichiche subite (indicare la diagnosi e l'anno): ...............................................................................................................................................................................................................................................................
* Operazioni e infortuni subiti (indicare la diagnosi e l'anno): ...............................................................................................................................................................................................................................................................
1. **ANAMNESI PERSONALE RECENTE**
* Malattie in atto (indicare la diagnosi e da quando): ...............................................................................................................................................................................................................................................................
* Turbe psichiche in atto (indicare la diagnosi e da quando): ...............................................................................................................................................................................................................................................................
* Operazioni e infortuni subiti (indicare la diagnosi e da quando): ...............................................................................................................................................................................................................................................................
1. **STATUS PRAESENS**
* Stato generale, Stato di nutrizione, Cute, ecc.: ...............................................................................................................................................................................................................................................................
* Sistema locomotorio: ...............................................................................................................................................................................................................................................................
* Sistema sensoriale (capo, occhi, O.R.L.): ...............................................................................................................................................................................................................................................................
* Sistema cardio-circolatorio e respiratorio: ...............................................................................................................................................................................................................................................................
* Sistema digestivo e uro-genitale (addome): ...............................................................................................................................................................................................................................................................
* Psiche, Sistema nervoso: ...............................................................................................................................................................................................................................................................
1. **DOMANDE COMPLEMENTARI**
* L'operatore sanitario è idoneo dal punto di vista psicofisico all'esercizio della propria professione?

[ ]  SI [ ]  NO [ ]  SOLO PARZIALMENTE

Se no, oppure solo parzialmente, specificare le ragioni mediche e quale tipo di attività l'operatore non è più in grado di esercitare totalmente o solo parzialmente: ...............................................................................................................................................................................................................................................................

* Ritiene necessario un controllo specialistico? [ ]  Sl [ ]  NO
* Ritiene necessario un controllo da parte del Medico cantonale? [ ]  Sl [ ]  NO
* Osservazioni:

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

Certifico di aver visitato operatore sanitario e di aver risposto alle domande in modo esatto e coscienzioso.

Il Medico: ........................................ Luogo e data: ........................................

Tassa d'onorario (fr. 60.—) a carico del paziente