

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

<input type="checkbox"/> PRIMO	<input type="checkbox"/> CONTINUATIVO	<input checked="" type="checkbox"/> DEFINITIVO	<input type="checkbox"/> RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA	Sesso M/ F
Nome				
Cognome			A B D E L S A L A M	
E L I D R I S S I			M	
Nato a (comune)			Prov. GG 0 8	MM 1 1 / AAAA 1 9 7 2
O S T I G L I A			CAP	Nazionalità IT
Domiciliato in			M N	4 6 0 3 5
O S T I G L I A			N. Civico 3 /	
Indirizzo (via, piazza, ecc)				
V I C O L O P A L E S T R O				
Codice ISTAT		Codice ASL		Codice Fiscale
0 2 0 0 3 8		GG	MM	L D R B S L 7 2 S 0 8 Z 3 3 0 V in (Comune o Stato Estero)
AAAA				P I E V E D I C O R I A N O
L'evento è avvenuto il: 3 0 / 0 3 / 2 0 1 5				

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale

E C O E R I D A N I A

N. Civico

Indirizzo (via, piazza ecc)

A R E N Z A N O G E N O V A

0 /

Comune

A R E N Z A N O

Settore lavorativo Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione Servizi o Terziario Altro

Attività lavorativa attuale (mansione)

C A M I O N I S T A

Attività lavorative precedentemente svolte

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio

M E N T R E L A V O R A V A C A D E V A A C C I D E N T A L M E N T E D A L C A A S O N E D E L C A M I O N

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il

GG 3 0 / MM 0 3 / AAAA 2 0 1 5

alle ore:

1 4 , 0 0

GG 2 3 / MM 0 4 / AAAA 2 0 1 5

Firma dell'assicurato

DIAGNOSI:

trauma al ginocchio dx e trauma lombosacrale

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

GG 3 0 / MM 0 3 / AAAA 2 0 1 5

GG 2 3 / MM 0 4 / AAAA 2 0 1 5

del giorno

fino a tutto il

GG 2 3 / MM 0 4 / AAAA 2 0 1 5

Luogo

O S T I G L I A

Data di rilascio

ASSICURATO:

COGNOME

E L I D R I S S I

NOME

A B D E L S A L A M

SINTESI DELL'ESAME OBIETTIVO

DOLORE LOMBARE E AL GINOCCHIO DX

DIAGNOSI

trauma al ginocchio dx e trauma lombosacrale

ACCERTAMENTI GIA' PRATICATI

IN PS OC PIEVE RX

PRESCRIZIONI

FANS AL BISOGNO

ESAMI SPECIALISTICI

IN REGIME PS OC PIEVE MN

ALTRO

Si presume invalidità permanente

 Si Xo Prognosi Riservata Pericolo di vita Ricovero ospedaliero presso Caso mortale Disposta autopsia X Nessuna delle precedenti

DATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO

 Si Xo

POSTUMI DI LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI

Quali

 Invalido civile Pensionato INPS Altro

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

Luogo

O S T I G L I A

Data di rilascio

2 3

0 4

2 0

1 5

Codice Medico o del Presidio Sanitario

3 0 8 9 4 9

Descrizione del Fornitore Medico o del Presidio Sanitario

L2-46357

Codice Fiscale del Medico

B N T R C R 6 5 M 2 5 G 1 8 6 S

Dott. BONETTI RICCARDO

Timbro e firma del Medico

Medico Chirurgo

Via Verdi n. 11/D

46036 REVERE MN

Tel. 0386/467307 - Cell. 339 77 3148

COD. REG. 46857

RICCARDO BONETTI

PAGINA 2

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome

E L I D R I S S I

Nome

A B D E L S A L A M

Sesso M/F

M

Nato a (comune)

M A R O C C O

Prov.

GG

MM

AAAA

Nazionalità

MA

Domiciliato in

O S T I G L I A

Prov.

CAP

M N

4 6 0 3 5

Indirizzo (via, piazza, ecc)

V I A P A L E S T R O

N. Civico

3 /

Codice ISTAT

0 2 0 0 3 8

GG MM AAAA

Codice Fiscale

L D R B S L 7 2 S 0 8 Z 3 3 0 V

in (Comune o Stato Estero)

L'evento è avvenuto il:

3 0 / 0 3 / 2 0 1 5

P I E V E D I C O R I A N O

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale

E C O E R I D A N I A

Indirizzo (via, piazza ecc)

G E N O V A A R E N Z A N O

N. Civico

Comune

A R E N Z A N O

Settore lavorativo

 Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione

Servizi o Terziario

 Altro

Attività lavorativa attuale (mansione)

CAMIONISTA

Attività lavorative precedentemente svolte

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio

MENTRE LAVORAVA CADEVA ACCIDENTALMENTE DAL CASSNONE DEL CAMION

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il

GG MM AAAA
3 0 / 0 3 / 2 0 1 5

alle ore:

1 4 , 0 0

GG MM AAAA

Data 2 0 / 0 4 / 2 0 1 5

Firma dell'assicurato

DIAGNOSI:

trauma al ginocchio dx e trauma lombosacrale

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

GG MM AAAA
del giorno 3 0 / 0 3 / 2 0 1 5

fino a tutto il

GG MM AAAA
2 3 / 0 4 / 2 0 1 5

Se la durata dell'assenza del lavoro è superiore ai 60 giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica, è necessaria la visita da parte del medico competente prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c.2 lett. e-ter D.Lgs, 81/2008 e s.m.i.)

Luogo

O S T I G L I A

GG MM AAAA
Data di rilascio 2 0 / 0 4 / 2 0 1 5

Timbro e firma del medico Riccardo Bonetti

Medico Chirurgo

Via Verri, 11/D

46036 REVERE - MN

Tel. 0386/667307 - Cell. 338 7773148



AZIENDA OSPEDALIERA

ISTITUTI OSPEDALIERI "CARLO POMA"

Ospedale Civile di Pieve di Coriano- Destra Secchia-

Direttore: Dott. Paolo Rondelli

EL IDRISI ABDESLAM

Codice Paziente: 675880

Data di Nascita: 08-11-1972

PRONTO SOCCORSO PIEVE

Referto : 5191234

Esame:

R Ginocchio (2 pr.) (D)

R Colonna lombare sacrale (2 pr.)

Non evidenti lesioni traumatiche.

Dr. Lorenzo Bertuzzi

Esame eseguito in data 31-03-2015 da Graziella Melotti
Chiuso in data 31-03-2015, ore 08:44:39, da Dr. **Lorenzo**
Bertuzzi

Firma digitale ai sensi della Legge n. 59 del 15/03/97 e successive modifiche

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

<input type="checkbox"/> PRIMO	<input checked="" type="checkbox"/> CONTINUATIVO	<input type="checkbox"/> DEFINITIVO	<input type="checkbox"/> RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA			
Cognome		Nome		Sesso M/F		
E L I D R I S S I		A B D E S L A M		M		
Nato a (comune)		Prov.	GG	MM	AAAA	Nazionalità
O S T I G L I A		M N	0 8	1 1	1 9 7 2	IT
Domiciliato in		Prov.	CAP			
O S T I G L I A		M N	4 6	0 3	5	
Indirizzo (via, piazza, ecc)						N. Civico
V I C O L O P A L E S T R O						3 /
Codice ISTAT		Codice ASL		Codice Fiscale		
0 2 0 0 3 8		GG	MM	AAAA	L D R B S L 7 2 S 0 8 Z 3 3 0 V	
in (Comune o Stato Estero)						
L'evento è avvenuto il:		3 0	0 3	2 0 1 5	P I E V E D I C O R I A N O	

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale

E C O E R I D A N I A

Indirizzo (via, piazza ecc)

V I A ? G E N O V A A R E N Z A N O

N. Civico

Comune

A R E N Z A N O

Settore lavorativo Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione Servizi o Terziario Altro

Attività lavorativa attuale (mansione)

CAMIONISTA OPERAIO

Attività lavorative precedentemente svolte

CAMIONISTA

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio

MENTRE LAVORAVA CADEVA DAL CAMION DAL CASSONE

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il

GG MM AAAA
3 0 0 3 2 0 1 5

alle ore:

1 4 , 0 0

GG MM AAAA

Data 0 2 0 4 2 0 1 5

Firma dell'assicurato

DIAGNOSI:

trauma ginocchio dx e trauma al rachide lombosacrale

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

GG MM AAAA
del giorno 0 2 0 4 2 0 1 5

fino a tutto il

GG MM AAAA
1 7 0 4 2 0 1 5

Se la durata dell'assenza del lavoro è superiore ai 60 giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica, è necessaria la visita da parte del medico competente prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c.2 lett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)

Luogo

O S T I G L I A

GG MM AAAA
Data di rilascio 0 2 0 4 2 0 1 5

Timbro e firma del medico

Riccardo Bonetti
Medico
Viale...
7D
MN
Tel. 0386/4673511
338 7773148
COD. RE
357

INAIL INFORTUNIO: RICHIESTA DI VISITA MEDICA E CERTIFICAZIONE

APPORRE ETICHETTA
NUMERO PROTOCOLLO

caso:

SCOL
IND

DOM
AGR

N.FASCICOLO

RISERVATO INAIL - SE NON E' IL PRIMO fascicolo indicare il numero identificativo del **PRIMO** fascicolo

Q Cognome	Nome	Sesso
U EL IDRISI	ABDESLAM	M/F M
A Nato (Comune)		
D MAROCCO	Prov MA	il 08/11/1972
O Residente a (Comune)		
A OSTIGLIA	Prov MN	CAP 46035
Indirizzo (via, piazza, ecc.)		
R V. VICOLO PALESTRO, 3		
I COD. ISTA	COD. USL	l'evento è avvenuto il 31/03/2015 13.00 in (Comune)
S		PIEVE DI CORIANO
E	Denominazione delle cause e circostanze dell'infortunio	
R RIFERISCE CHE MENTRE CARICAVA UN CAMION È SCIVOLATO CADENDO A TERRA PROCURANDOSI TRAUMI AL GINOCCHIO DX E AL RACHIDE LOMBOSACRALE		
T	Il sottoscritto datore di lavoro presenta al medico, per la visita ed il rilascio della certificazione, il suddetto infortunato	
O	Posizione assicurativa e cod_controllo Ragione sociale	
R	ECO ERIDANIA	

Indirizzo	cap. 16011 comune ARENZANO	Prov. GE
Data e firma del datore di lavoro	31/03/2015	Data e firma dell'infortunato

CERTIFICATO MEDICO Infortunato (cognome e nome)		PRIMO <input checked="" type="checkbox"/>	CONTINUATIVO <input type="checkbox"/>	DEFINITIVO <input type="checkbox"/>
EL IDRISI ABDESLAM		L D R B S L 7 2 S 0 8 Z 3 3 0 V		
ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il	GG 3 1 MM 0 3 AA 1 5	alle ore 1 4 0 0		

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI
TRAUMA CONTUSIVO RACHIDE L-S E GINOCCHIO DX

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI

PROGNOSI inabilità temp. assoluta al lavoro (art 68 e 213 T.U. 1124/6b)
per giorni 2 riprende lavoro il 0 2 / 0 4 / 1 5 pericolo di vita NO SI si presume invalidità permanente NO SI

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE
ricovero ospedaliero NO SI se SI presso esami specialistici

Codice del medico o
del presidio sanitario

Luogo e data del rilascio

PIEVE DI CORIANO 31/03/2015 12:02

AZIENDA OSPEDALIERA "Carlo Poma"
Presidio Ospedaliero di Pieve di Coriano (MN)
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
S.S. di Pronto Soccorso
per favore non uscire da questa zona
Dott. ANDREOLI GIOVANNI
C.F. NDBLGRN78E017811
ANDREOLI GIOVANNI

Si tratta di ricaduta? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Eventuali osservazioni		TIMBRO DI ARRIVO
VISTO DEL MEDICO NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	DATA	FIRMA	



AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA

P. O. PIEVE DI CORIANO

PIEVE DI CORIANO - V. BUGATTE, 1

Ortopedia Pieve reg. ordinario

Responsabile: DR. PIZZOLI ANDREA

Paziente **EL IDRISI ABDESLAM**

Nascita 08/11/1972 MAROCCHIO

Residenza V. VICOLO PALESTRO, 3
OSTIGLIA

Codice fiscale LDRBSL72S08Z330V

Numero Cartella 2015/PI/7452

Codice Urgenza VERDE

Prestazioni: PRIMA VISITA ORTOPEDICA, TRAUMATOLOGICA (89.7B.7)

Medico Richiedente: GHERLINZONI PATRIZIA 31/03/2015 10.31

Quesito diagnostico: RIFERISCE ALGIA AL GINOCCHIO DX E AL RACHIDE LOMBOSACRALE DA CADUTA DAL RIMORCHIO DURANTE L' ATTIVITÀ LAVORATIVA-

REFERTO PRONTO SOCCORSO

Diagnosi ed esito:

Trauma contusivo rachide L-S e ginocchio dx. (caduta dal cassone). Non segni di fx. Ginocchio asciutto e stabile diffusamente dolente. Rachide contratto con dolore fra L3S1. Consiglio: riposo per 10 gg con Fenextra 400 1 cp dopo colazione ecena per 7 gg. Ginocchiera elastica + fascia lombare. se fra 10 gg il dolore è ancora intenso utile ripetizione rx L-S.

Il Medico Specialista

(Timbro e Firma)

DOTT. MARCO ROMPIANESI

PIEVE DI CORIANO, 31/03/2015 11:09

1/1

IMPORTANTE: Il presente referto deve essere conservato dall'assistito e ripresentato in caso di visite successive.
Se firmato digitalmente, è disponibile anche su Internet. E' sufficiente collegarsi al sito www.crs.lombardia.it nella sezione - Servizi On Line per il cittadino- per scoprire come accedere al proprio Fascicolo Sanitario Elettronico e consultare i referti.

ID DOCUMENTO 2798227 Stampato il 31/03/2015 11:09

Referto Firmato digitalmente secondo quanto indicato in D.E. 97/43/EURATOM, D. Min. 14.2.97, D. Lgs. 187/200 e collegati