

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): **OSTIGLIA** Prov.: **MN** GG: **08** MM: **11** AAAA: **1972** Nazionalità: **IT**

Domiciliato in: **OSTIGLIA** Prov.: **MN** CAP: **46035**

Indirizzo (via, piazza, ecc): **VICOLO PALESTRO** N. Civico: **3**

Codice ISTAT: **020038** Codice ASL: Codice Fiscale: **LDRBSL72S08Z330V**

L'evento è avvenuto il: GG: **30** MM: **03** AAAA: **2015** in (Comune o Stato Estero): **PIEVE DI CORIANO**

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale: **ECO ERIDANIA** N. Civico: **0**

Indirizzo (via, piazza ecc): **ARENZANO GENOVA**

Comune: **ARENZANO**

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'incidento

MENTRE LAVORAVA CADEVA ACCIDENTALMENTE DAL CAASSO NE DEL CAMION

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG: **30** MM: **03** AAAA: **2015** alle ore: **14,00**

Data: GG: **23** MM: **04** AAAA: **2015** Firma dell'assicurato: _____

DIAGNOSI:

trauma al ginocchio dx e trauma lumbosacrale

PROGnosi: inabilità temporanea assoluta al lavoro

del giorno GG: **30** MM: **03** AAAA: **2015** fino a tutto il GG: **23** MM: **04** AAAA: **2015**

Se la durata dell'assenza dal 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: **OSTIGLIA** Data di rilascio: GG: **23** MM: **04** AAAA: **2015**

Timbro e firma del medico **Dott. RICCARDO BONETTI**

Medico Chirurgo
Via Verdi n. 11/D

46036 REVERE - MN

Tel. 0386/467307 - Cell. 338/7773148

COD. REG. 46357

INAIL

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 ☒ No

☐ Prognosi Riservata

☐ Pericolo di vita

☐ Ricovero ospedaliero presso

☐ Caso mortale

☐ Disposta autopsia

☒ Nessuna delle precedenti

DATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO

POSTUMI DI LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI

Quali

☐ Si ☒ No

☐ Invalido civile

☐ Pensionato INPS

☐ Altro

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

Luogo

O S T I G L I A

GG

MM

AAAA

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. 338 7773146

COD. REG. 46357

RICCARDO BONETTI

PAGINA 2

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 ☒ M

Nato a (comune) Prov. GG MM AAAA Nazionalità

Domiciliato in Prov. CAP

Indirizzo (via, piazza, ecc) N. Civico

Codice ISTAT Codice ASL Codice Fiscale

L'evento è avvenuto il: GG MM AAAA in (Comune o Stato Estero)

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale

Indirizzo (via, piazza ecc) N. Civico

Comune

Settore lavorativo ☐ Agricoltura ☐ Industria ☐ Artigianato ☐ Pubblica Amministrazione ☒ Servizi o Terziario ☐ Altro

Attività lavorativa attuale (mansione)

Attività lavorative precedentemente svolte

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG MM AAAA alle ore:

Data GG MM AAAA Firma dell'assicurato: _____

DIAGNOSI:

PROGnosi: inabilità temporanea assoluta al lavoro

del giorno GG MM AAAA fino a tutto il GG MM AAAA

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.)

L'evento Data di rilascio GG MM AAAA

Timbro e firma del medico

Medico Chirurgo

Via Verdi n. 11/D

46046 REVERE - MN

Tel. 0386/457307 - Cell. 338 7773148



AZIENDA OSPEDALIERA

ISTITUTI OSPEDALIERI "CARLO POMA"

Ospedale Civile di Pieve di Coriano- Destra Secchia-

Direttore: Dott. Paolo Rondelli

EL IDRISSI 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

Nato a (comune) Prov. GG MM AAAA Nazionalità

Domiciliato in Prov. CAP

Indirizzo (via, piazza, ecc) N. Civico

Codice ISTAT Codice ASL Codice Fiscale

L'evento è avvenuto il: GG MM AAAA in (Comune o Stato Estero)

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale

Indirizzo (via, piazza ecc) N. Civico

Comune

Settore lavorativo ☐ Agricoltura ☒ Industria ☐ Artigianato ☐ Pubblica Amministrazione ☐ Servizi o Terziario ☐ Altro

Attività lavorativa attuale (mansione)

Attività lavorative precedentemente svolte

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG MM AAAA alle ore:

Data GG MM AAAA Firma dell'assicurato _____

DIAGNOSI:

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

del giorno GG MM AAAA fino a tutto il GG MM AAAA

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 Data di rilascio GG MM AAAA

Timbro e firma del medico

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 U A D R O A R I S E R D A T O R E L A V O R O B R E S E R V A T O A L M E D I C O	Cognome		Nome		Sesso	
	EL IDRISSE		ABDESLAM		M/F <input checked="" type="checkbox"/>	
	Nato (Comune)				il	
	MAROCCO		Prov MA		08/11/1972	
	Residente a (Comune)				Prov MN	
	OSTIGLIA		CAP 46035		numero civico	
	Indirizzo (via, piazza, ecc.)		V. VICOLO PALESTRO, 3			
	COD. ISTA		COD. USL		in (Comune)	
					PIEVE DI CORIANO	
	Denominazione della causa e circostanze dell'infortunio					
RIFERISCE CHE MENTRE CARICAVA UN CAMION È SCIVOLATO CADENDO A TERRA PROCURANDOSI TRAUMI AL GINOCCHIO DX E AL RACHIDE LOMBOSACRALE						
Il sottoscritto datore di lavoro presenta al medico, per la visita ed il rilascio della certificazione, il suddetto infortunato						
Posizione, assicurativa e cod. controllo Ragione sociale						
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 PRIMO <input checked="" type="checkbox"/> CONTINUATIVO <input type="checkbox"/> DEFINITIVO <input type="checkbox"/>						
Infortunato (cognome e nome) EL IDRISSE 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 MM AA 3 1 0 3 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) pericolo di vita si presume invalidità permanente						
per giorni 2 riprende lavoro il 0 2 0 4 1 5 GG MM AA NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>						
OSSERVAZIONI DEL MEDICO						
PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE						
ricovero ospedaliero NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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						
S. S. di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Dott. ANDREOLI GIOVANNI C.F. NDR 03/01/7811						
ANDREOLI GIOVANNI						
Sì tratta di ricaduta? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>						
Eventuali osservazioni						
VISTO DEL MEDICO DATA FIRMA						
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>						
TIMBRO DI ARRIVO						



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 IDRISSE ABDESLAM**
Nascita 08/11/1972 MAROCCO
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 e cena 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)

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

DOTT. MARCO ROMPIANESI