



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

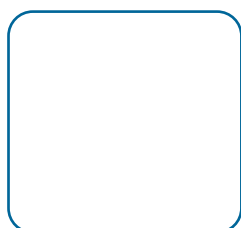
Specialista in Commissione:.....
(solo per residenti nella regione Emilia Romagna)

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).