TIMBRO
STRUTTURA SANITARIA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Alla c.a.
UOC Medicina Legale, Necroscopica e Risk Management
ASL Teramo
- SEDE –

PATOLOGIA GRAVE CHE RICHIEDE TERAPIA SALVAVITA

CERTIFICATO MEDICO

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Identificato/a a mezzo _____ rilasciata da _____ il ___ / ___ / _____

Risulta affetto/a da ([1]) _____

_____

Tipologia di trattamento terapeutico in corso ([2]) _____

_____

_____

La terapia effettuata è indispensabile al fine di ([3])

☐ tenere in vita il/la paziente (terapia salvavita)

☐ emendare/controllare lo stato di malattia e prevenirne il peggioramento (terapia vitale)

La terapia salvavita è effettuata

dal _____ al _____ , per un numero di giorni pari a _____ ([4])
dal _____ al _____ , per un numero di giorni pari a _____
dal _____ al _____ , per un numero di giorni pari a _____

Effetti collaterali diretti della terapia salvavita si sono manifestati

dal _____ al _____ , per un numero di giorni pari a _____ ([5])
dal _____ al _____ , per un numero di giorni pari a _____
dal _____ al _____ , per un numero di giorni pari a _____

Luogo e Data _____

Il Medico

_____
(timbro e firma leggibile)

[1] Riportare l'esatta diagnosi della patologia presentata dal/dalla paziente.
[2] Riportare la terapia che sta effettuando il/la paziente, indicando dose, tempi e modi di somministrazione e durata del trattamento.
[3] Barrare la casella del caso che ricorre.
[4] Indicare esclusivamente i giorni in cui è stata effettuata la terapia salvavita.
[5] Indicare esclusivamente i giorni o i periodi di tempo in cui si sono manifestate le conseguenze inabilitanti al lavoro direttamente causate dalla terapia, escludendo quelle correlate alla patologia di base.