

PERIZIA MEDICA PARTICOLAREGGIATA

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articoli 39-41; articolo 43 bis; articolo 87

1.1	Istituzione destinataria
1.1.1	Denominazione:
1.1.2	Indirizzo (2):
1.1.3	Riferimento:

1.2	Persona esaminata
1.2.1	Cognome (3):
1.2.2	Nomi:
	Cognomi precedenti (3):
	Luogo di nascita (4):
1.2.3	Data di nascita:
	Sesso:
	Cittadinanza:
	Numero d'identificazione (5):
1.2.4	Indirizzo (2):
1.2.5	Ultima attività lavorativa (6):
1.2.6	Numero di matricola assicurativa:
1.2.7	Numero della pensione:
1.2.8	Numero della pratica:
1.2.9	Data di presentazione della domanda di pensione:
1.2.10	Data di presentazione della domanda di revisione per aggravamento:

1.3	Medico che ha compilato la perizia
1.3.1	Cognome:
	Nomi:
1.3.2	Indirizzo (2):
1.3.3	Consulente medico di (7):

1.4	Istituzione che ha richiesto la visita medica		
1.4.1	Denominazione:		
1.4.2	Indirizzo (2):		
1.4.3	Numero della pratica:		
1.4.4	Timbro	1.4.5	Data:
		1.4.6	Firma:
		

Cognome, nomi: Data:

- 2.1 Parere basato sulla visita medica del (data):
- 2.2 Parere basato sulla perizia medica del (data):

3.

Anamnesi

- 3.1 Anamnesi patologica:
- 3.2 Sintomi attuali:
- 3.2.1 Medico curante:
- 3.3 Terapia in corso:
- 3.4 Antecedenti socioprofessionali ⁽⁶⁾:
- 3.4.1 L'assicurato/a esercita attualmente un'attività professionale retribuita?
 Sì No Numero di ore lavorative:
- Tipo dell'attività:
- 3.4.2 Infortuni sul lavoro/malattie professionali:
- 3.4.3 Ultima attività lavorativa:
- 3.4.4 Inabile al lavoro dal
- Ha cessato di lavorare il

4.

Esame obiettivo

- 4.1 Condizioni generali
Altezza: cm Peso: kg
Stato di nutrizione buono sovrappeso sottopeso
Mucose:
- Cute:
- Condizioni psichiche, tono dell'umore:
- Osservazioni:
- 4.2 Capo:
- 4.2.1 Vista:
- 4.2.2 Udito:
- 4.2.3 Altri organi sensoriali:
- 4.3 Collo (esame esterno):
- 4.3.1 Tiroide:
- 4.3.2 Linfonodi:
- 4.3.3 Altro:
- 4.4 Apparato respiratorio:
- 4.5 Apparato cardiocircolatorio:
- 4.5.1 Cuore:
- 4.5.2 Polso:
- 4.5.3 Pressione arteriosa (a riposo):
- 4.5.4 Pressione arteriosa (misurazione di controllo):
- 4.5.5 Vasi periferici:
- 4.5.6 Edemi:
- 4.5.7 ECG (a riposo):

Cognome, nomi: Data:

4.6 Addome:

4.6.1 Apparato digerente ed organi endoaddominali:

4.6.2 Fegato:

4.6.3 Milza:

4.6.4 Sistema endocrino:

4.7 Apparato urogenitale:
[Cfr. pagina 4 — Grafici]

4.8 Apparato locomotorio (se necessario utilizzare il formulario per la misurazione dell'escursione articolare di cui a pagina 4): ...

4.8.1 Colonna vertebrale:

4.8.2 Arti superiori:

4.8.3 Arti inferiori:

4.9 Adenopatie:

4.10 Esame neurologico
Movimenti (forza e tono muscolare) ⁽⁸⁾:
 normali rigidi lenti deficitari
Andatura:
 normale stentata claudicante a destra claudicante a sinistra
Riflessi:

4.11 Sintomatologia neurovegetativa e psicosomatica:

4.12 Altro (allergie, ecc.):

5. Esplorazione funzionale e altre indagini diagnostiche (se necessario)

5.1 Funzionalità respiratoria:

5.2 Funzionalità cardiaca/ECG da sforzo:

5.3 Ecodoppler (cuore e vasi):

5.4 Diagnostica per immagini (si prega di precisare la data):

5.4.1 Esiti degli esami radiologici odierni:

5.4.2 Esiti degli esami radiologici precedenti effettuati in altra sede:

5.4.3 Ecografia (addominale ecc.):

5.4.4 RMN e altri esami complementari:

5.5 Esami di laboratorio:

5.6 Altri esami:

6. Pagina supplementare da utilizzarsi, se necessario, per ulteriori esami specialistici

7. Diagnosi:
(Si prega di indicare il codice ICD)

Cognome, nomi

Data

4. Modulo per la misurazione dell'escursione articolare

Si riportino esclusivamente i valori patologici o i valori normali richiesti espressamente

Colonna vertebrale

Estens./Flessione
40-0-40°

Rotazione ds./sin.
60-0-60°

Mov. di later. ds./sin.
40-0-40°

Distanza mento-sterno _____ cm

Test per l'escursione articolare del rachide lombare
8-10-15 cm

Rotazione ds./sin.
50-0-50°

Mov. di later. ds./sin.
30-0-30°

Distanza dita-suolo _____ cm

Spalla

Rotazione est./int.
50-0-95°

Abd./Add.
180-0-40°

Estens./Flessione
40-0-60°

Retropuls./antepul.
40-0-160°

H _____ °
V _____ °

D _____ °
S _____ °

D _____ °
S _____ °

D _____ °
S _____ °

Gomito

Estens./Flessione
10-0-150°

D _____ °
S _____ °

Polso

Estens./Flessione
50-0-50°

Sup./pron.
85-0-85°

Abd./Add.
35-0-25°

D _____ °
S _____ °

D _____ °
S _____ °

D _____ °
S _____ °

Anca

Estens./Flessione
10-0-130°

Abd./Adduzione
50-0-25°

Rotaz. int./rot. est.
35-0-45°

D _____ °
S _____ °

D _____ °
S _____ °

D _____ °
S _____ °

Ginocchio

Estens./Flessione
5-0-150°

D _____ °
S _____ °

Caviglia

Estens./Flessione
40-0-25°

D _____ °
S _____ °

Circonferenza in cm

Braccio (15 cm sopra l'epicondilo lat.)

Gomito

Avambr. (10 cm sotto l'epicondilo lat.)

Polso

Metacarpo (pollice escluso)

D	S

Circonferenza in cm

Coscia (20 cm sopra l'interlinea del ginocchio)

A metà della rotula

Gamba (15 cm sotto l'interlinea del ginocchio)

Circonferenza minima gamba

Malleolo

D	S

Cognome, nomi: Data:

8.	Riepilogo	
Decorso della patologia:		
Conseguenze sullo stato di salute:		
Limitazioni funzionali:		
Rispetto alla precedente visita (praticata in data), le condizioni sono		
migliorate	peggiorate	stazionarie

9.	L'assicurato/a è ancora in grado di svolgere regolarmente lavori:
pesanti	
semipesanti	
leggeri	

10.	È opportuno tenere conto delle seguenti restrizioni:	
10.1	Controindicazioni allo svolgimento dell'attività lavorativa	
	Umidità	Freddo
	Calore	Rumori
	Fumo, gas, vapori	
	Lavoro a turni	Lavoro notturno
	Frequenti flessioni, trasporto e sollevamento di pesi	
	Salita di piani inclinati, scale o scale a pioli	Rischio di caduta
10.2	L'attività lavorativa è consentita solo:	
	in posizione seduta	con pause supplementari
	all'interno	(oltre a quelle usuali)
		numero e durata delle pause:
	con possibilità di cambiamenti posturali	alternando deambulazione, posizione eretta, seduta
	senza ritmi particolarmente stressanti	
10.3	La capacità lavorativa è ridotta a causa di imperfetta efficienza degli organi di senso, delle mani, ecc:	
	allergia a:	

11.	Ulteriori domande	
11.1	L'assicurato/a è in grado di svolgere un lavoro al videoterminale?	
	Sì	No
	In caso negativo precisare la ragione:	
11.2	L'assicurato/a è autonomo/a nell'esercizio della sua attività professionale sul posto di lavoro?	
	Sì	No
	In caso negativo precisare la ragione:	
11.3	L'assicurato/a è autonomo/a nell'esercizio della sua attività professionale a domicilio?	
	Sì	No
	In caso negativo precisare la ragione:	

Cognome, nomi: Data:

11.4 L'assicurato/a può svolgere a tempo pieno l'ultimo lavoro, ovvero (specificare quale):
 Sì No
 In caso negativo precisare l'orario di lavoro massimo (in ore o in percentuali del normale orario giornaliero):

11.5 È in grado di svolgere un lavoro adeguato alle sue condizioni?
 Sì No
 In caso affermativo indicare alcuni esempi:

11.6 Può svolgere a tempo pieno un lavoro adeguato alle sue condizioni?
 Sì No
 In caso negativo precisare l'orario di lavoro massimo (in ore o in percentuali del normale orario giornaliero):

11.7 Conformemente alle disposizioni di legge del paese di residenza, l'invalidità per l'ultimo lavoro svolto è
 totale parziale
 Se parziale, indicare il grado:
 (Non riguarda la Germania, i Paesi Bassi e la Polonia)

11.8 Grado d'invalidità per qualsiasi altra attività confacente alle attitudini della persona interessata, conformemente alle disposizioni di legge del paese di residenza:
 (Non riguarda la Germania, l'Irlanda, il Lussemburgo e i Paesi Bassi)

11.9 Categoria d'invalidità conformemente alle disposizioni di legge del paese di residenza:
 (Da compilare unicamente qualora la visita medica sia relativa a una domanda di pensione d'invalidità o inabilità)
 (Non riguarda la Germania e i Paesi Bassi)

11.10 Le limitazioni di cui sopra hanno carattere:
 permanente con decorrenza dal
 temporaneo con decorrenza dal al

11.11 Le condizioni di salute dell'assicurato/a potrebbero migliorare?
 Sì No Impossibile pronunciarsi
 In caso affermativo indicare gli interventi a tal fine necessari:

11.12 È possibile migliorare la capacità di lavoro mediante
 cura di riabilitazione?
 riqualificazione professionale?
 Sì No Impossibile pronunciarsi

12. È necessaria una visita di controllo?
 Sì No
 In caso affermativo indicare una data:
 Timbro Data:
 Firma del medico:

ISTRUZIONI

**Il presente formulario deve essere compilato a stampatello o dattiloscritto.
È composto di sette pagine, e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine anche qualora
una di esse non contenga alcuna informazione pertinente.**

NOTE

- (¹) BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca, DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro, LV = Lettonia, LT = Lituania, LU = Lussemburgo; HU = Ungheria, MT = Malta, NL = Paesi Bassi; AT = Austria, PL = Polonia, PT = Portogallo; SI = Slovenia, SK = Slovacchia, FI = Finlandia, SE = Svezia, UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (²) Via, numero civico, codice postale, località, Stato, numero di telefono.
- (³) Per i cittadini spagnoli indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi indicare tutti i nomi (nomi, cognomi, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
- (⁴) Per le località portoghesi indicare anche la parrocchia e il comune.
- (⁵) Se il formulario è destinato ad un'istituzione ceca, indicare il numero di nascita; a un'istituzione cipriota, il numero cipriota d'identificazione per un cittadino cipriota o il numero di certificato di registrazione stranieri (ARC) per un cittadino straniero; a un'istituzione danese, indicare il numero CPR; a un'istituzione finlandese, indicare il numero di registro anagrafico; a un'istituzione svedese, indicare il numero personale (personnummer); a un'istituzione islandese, indicare il numero d'identificazione personale (kennitala); a un'istituzione del Liechtenstein, indicare il numero di assicurazione AHV; a un'istituzione lituana, indicare il numero d'identificazione personale; a un'istituzione lettone, indicare il numero d'identità; a un'istituzione ungherese, indicare il numero TAJ; a un'istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per un cittadino maltese per i cittadini non maltesi indicare il numero di sicurezza sociale maltese; a un'istituzione norvegese, indicare il numero d'identificazione personale (fødselsnummer); a un'istituzione belga, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS); a un'istituzione tedesca del regime generale di assicurazione pensionistica, indicare il numero di assicurazione (VSNR), mentre per il regime di sicurezza sociale dei dipendenti pubblici indicare il numero d'identificazione personale (PRS-Kenn-Nr). Ad uso delle istituzioni spagnole, indicare il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI), anche se scaduta, oppure il NIE nel caso di cittadini stranieri. In mancanza, indicare «nulla». Se il formulario è destinato a un'istituzione austriaca, indicare il numero di assicurazione austriaca (VSNR); a un'istituzione polacca, indicare il numero di riferimento della pratica pensionistica della persona che ha richiesto o ha accertato il suo diritto alla pensione da parte del sistema polacco di sicurezza sociale; per chi richiede la pensione polacca per la prima volta, indicare i numeri PESEL e NIP o NKP (numero NKP — se l'interessato rientra nel regime di assicurazione sociale degli agricoltori); in mancanza di tali numeri, indicare la serie e il numero della carta d'identità o del passaporto; a un'istituzione portoghese, indicare inoltre il numero d'iscrizione al regime generale pensionistico, se l'interessato è stato assicurato nel quadro del regime di sicurezza sociale per i dipendenti pubblici in Portogallo; a un'istituzione slovacca, indicare il numero di nascita; a un'istituzione slovena, indicare il numero d'identificazione personale (EMŠO); a un'istituzione svizzera, indicare il numero di assicurazione AVS/AI (AHV/IV).
- (⁶) Elencare, nei limiti del possibile, tutte le attività lavorative esercitate dall'assicurato/a. Queste informazioni si basano su quanto dichiarato dall'interessato. Se necessario, inserire pagine supplementari.
- (⁷) Non si applica alla Norvegia.
- (⁸) Ad uso delle istituzioni polacche, compilare il punto 1 dell'intercalare 4.

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI OLANDESI

Domande	Risposte				
	No	A volte	Saltuariamente	Regolarmente	Senza restrizioni
L'assicurato/a può:					
1. stare seduto/a					
2. stare in piedi					
3. camminare					
4. inginocchiarsi/strisciare/accovacciarsi					
5. lavorare in posizione flessa					
6. effettuare ripetutamente brevi flessioni o torsioni					
7. sollecitare la nuca					
8. lavorare a braccia tese					
9. lavorare a braccia alzate					
10. usare le mani/dita					
11. sollevare e trasportare pesi fino ad un massimo di ... kg					
12. lavorare esposto a:					
variazioni improvvise di temperatura					
umidità eccessiva (> 90 %)					
umidità insufficiente (< 35 %)					
forti variazioni climatiche					
13. tollerare il contatto cutaneo protratto con sostanze solide e liquide					
14. tollerare le vibrazioni					
15. indossare indumenti protettivi					
16. mantenere un ritmo di lavoro sostenuto					
17. sopportare l'inattività					
18. gestire situazioni conflittuali derivanti dall'esercizio delle sue funzioni					
19. gestire situazioni conflittuali in genere					
20. svolgere un lavoro monotono					
21. svolgere un lavoro ripetitivo					
22. assumersi responsabilità					
23. lavorare da solo					
24. lavorare in gruppo					

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI DEL REGNO UNITO

A. Da compilare obbligatoriamente

1. Nome e indirizzo del medico curante della persona di cui al punto 1.2:

.....
.....

B. Da compilare in caso di disturbo mentale

2. Barrare la casella corrispondente alla malattia o all'inabilità dell'assicurato/a:

malattia mentale (precisare):

grave disturbo della personalità

grave difficoltà d'apprendimento

alcolismo o tossicodipendenza

compromissione delle funzioni cerebrali derivante da patologia organica o da trauma cranioencefalico

Qualora sia stata barrata una delle precedenti caselle, compilare i punti da 3 a 7.

3. Negli ultimi sei mesi l'assicurato/a ha manifestato tratti paranoici, idee deliranti, allucinazioni o altri segni/comportamenti a chiaro valore psicotico?

Sì

No

4. Sta assumendo neurolettici e altri psicofarmaci per via orale o parenterale (cessione lenta)?

Sì

No

5. Le condizioni segnalate al punto 2 comportano la necessità di cure o sorveglianza costanti?

Sì

No

In caso affermativo, l'assicurato/a è assistito a domicilio o è ricoverato?

A domicilio

Ricoverato

6. È seguito in day hospital (da personale qualificato) per almeno un giorno alla settimana?

Sì

No

7. Nome ed indirizzo dello psichiatra curante:

8. Osservazioni utili per determinare la gravità del problema mentale, anche qualora non sia stata barrata alcuna casella al punto 2:

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

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI NORVEGESI

1. Qualora l'inabilità al lavoro sia dovuta a cause diverse dalla malattia, se ne dia una breve descrizione precisando in quale misura esse contribuiscono all'inabilità:

2. Nel periodo che ha immediatamente preceduto l'attuale inabilità al lavoro, l'assicurato/a si è dedicato parzialmente alle occupazioni domestiche e ha esercitato un'attività retribuita, subordinata o autonoma, a tempo parziale?

Si

No

3. La malattia comporta spese supplementari permanenti (mezzi di trasporto, diete, ecc.) non coperte o coperte solo parzialmente da un regime di sicurezza sociale?

Si

No

In caso affermativo, precisare il tipo e l'importo di tali spese:

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI POLACCHE

1. Informazioni relative al punto 4.10 «Esame neurologico»:

Tono muscolare	normale	aumentato	diminuito
	normale		diminuita (adinamia)

ampiezza dei movimenti:

2. La disfunzione organica è stata causata da:

infortunio sul lavoro?

infortunio in itinere?

infortunio verificatosi in circostanze particolari?

infortunio verificatosi durante il servizio?

data dell'infortunio:

malattia professionale?

data di inizio della malattia professionale:

altre circostanze (specificare):

.....
.....

3.1 La persona esaminata ha bisogno di un'assistenza permanente o di lunga durata?

No

Si, al fine di:

muoversi all'interno del proprio domicilio

alimentarsi

curare l'igiene personale

espletare funzioni corporee

svolgere attività quotidiane al di fuori del domicilio

3.2 Lo stato mentale della persona esaminata giustifica un'assistenza permanente o di lunga durata?

No

Si, per i seguenti motivi:

.....

4. Da compilare in caso di disturbo mentale

4.1 Barrare la casella corrispondente alla malattia o all'inabilità della persona esaminata

malattia mentale (precisare):

grave disturbo della personalità

grave difficoltà d'apprendimento

alcolismo o tossicomania

compromissione delle funzioni cerebrali secondaria a patologia organica o a trauma cranioencefalico

Qualora sia stata barrata una delle precedenti caselle, compilare i punti da 4.2 a 4.6.

4.2 Negli ultimi sei mesi la persona esaminata ha manifestato tratti paranoici, idee deliranti, allucinazioni o altri segni/comportamenti a chiaro valore psicotico?

Sì

No

4.3 Sta assumendo neurolettici e altri psicofarmaci per via orale o parenterale (cessione lenta)?

Sì

No

4.4 Le condizioni segnalate al punto 4.1 comportano la necessità di cure o sorveglianza costanti?

Sì

No

In caso affermativo, la persona esaminata è assistita a domicilio o è ricoverata?

A domicilio

Ricoverata

4.5 È seguita in day hospital (da personale qualificato) per almeno un giorno alla settimana?

Sì

No

4.6 Nome ed indirizzo dello psichiatra curante:

.....
.....

4.7 Osservazioni utili per determinare la gravità del problema mentale, anche qualora non sia stata barrata alcuna casella al punto 4.1:

.....
.....

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI UNGHERESI

1. L'assicurato/a richiede cure o sorveglianza costanti?

Si

No

In caso affermativo, è assistito/a a domicilio o è ricoverato?

Domicilio

Ricoverato

2. Per quali attività l'assicurato/a ha bisogno d'assistenza?

.....
.....

3. Sono necessarie attrezzature terapeutiche?

Si

No

In caso affermativo, precisare quali:

.....
.....