

MOD. 3

CASDIC – GESTIONE LTC

**RELAZIONE MEDICA SULLE CAUSE DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA**  
(Modello 3)

Nome e Cognome del medico curante \_\_\_\_\_

Nome e cognome dell'assistito \_\_\_\_\_

**N.B. – La presente relazione dovrà essere corredata da tutta la documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza.**

Qualora la perdita di autosufficienza sia stata causata da infortunio o altra causa accidentale esterna (incidente stradale, incidente sul lavoro, accidenti non sul lavoro, ecc.) dovrà essere prodotta, in aggiunta a quanto sopra richiesto, idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, ritagli di giornale, referti medico legali, ecc.).

E' Lei il medico abituale dell'assistito? \_\_\_\_\_

Da quale epoca? \_\_\_\_\_

E' parente dell'assistito? Se si, di quale grado? \_\_\_\_\_

Quando ha cominciato a curare l'assistito? Per quali malattie? A quali cure lo ha sottoposto?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali altri medici lo hanno visitato e a quali cure lo hanno sottoposto?

\_\_\_\_\_



---

---

---

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'ospedale o della Casa di Cura):

---

---

---

Durante questi ricoveri quali esami sono stati eseguiti? Con quale risultato?

---

---

---

Quali diagnosi sono state fatte? Quali patologie sono state riscontrate?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Il Medico Curante**  
(firma e timbro)

(domicilio) \_\_\_\_\_