



Spedire a:  
 Mediolanum Assicurazioni S.p.A.  
 Ufficio Sinistri Rami Elementari  
 Via Francesco Sforza, 15  
 Palazzo Meucci 20080 - Basiglio (MI)  
 E-mail: sire@mediolanum.it

## REFERTO MEDICO DI SINISTRO VALUTAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

**Questo questionario deve essere compilato dal Medico curante.  
 Rispondere ad ogni domanda con SI o NO ed aggiungere, eventualmente, i dettagli richiesti.**

### ASSICURATO

COGNOME	NOME
DATA E LUOGO DI NASCITA (Provincia, Città)	
INDIRIZZO - via / piazza	NUMERO CIVICO
C.A.P.	LOCALITÀ (Comune)
PROV.	NAZ.
Professione (ultima professione svolta): ..... (full time <input type="checkbox"/> part time <input 2"="" type="checkbox/&gt;)&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td colspan="/> Professione precedente (eventuale): .....	

		SI	NO	Precisazioni:
<b>1</b>	L'assicurato vive da solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	L'assicurato vive presso il suo domicilio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	L'assicurato abita presso parenti o amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	L'assicurato risiede in un istituto (casa di riposo, case di cura per lungodegenza, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### AFFEZIONE INVALIDANTE

<b>2</b>	Diagnosi esatta dell'affezione che ha provocato lo stato di invalidità: .....
<b>3</b>	Data di insorgenza dei primi sintomi: <input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>4</b>	L'invalidità è assoluta ed irreversibile? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se sì, da quando: <input style="width: 100px;" type="text"/> L'affezione è: stabilizzata <input type="checkbox"/> regressiva <input type="checkbox"/> impossibile stabilirne lo stato attuale <input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Diagnosi associata all'affezione invalidante: .....
<b>6</b>	Data di cessazione dell'attività lavorativa (per gli assicurati che svolgevano una professione al momento della sottoscrizione): <input style="width: 100px;" type="text"/> Date e cause dei ricoveri in ospedale di durata superiore a 3 settimane negli ultimi 5 anni: .....

<b>7</b>	Indicare: altezza: ..... cm e peso: ..... kg	
<b>8</b>	<p><b>SPOSTARSI</b></p> <p style="text-align: right;">da solo      con aiuto(“)</p> <p>L'assicurato può svolgere le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* passare dalla posizione coricata a quella seduta <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* passare dalla posizione seduta a quella eretta <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* spostarsi dal letto alla poltrona <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* rialzarsi in caso di caduta <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* spostarsi in casa su una superficie piana <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>(“) qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità; se si tratta di un aiuto materiale (bastone, deambulatore, sedia a rotelle, ...) o di una terza persona:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<b>9</b>	<p><b>ALIMENTARSI</b></p> <p style="text-align: right;">da solo      con aiuto(“)</p> <p>L'assicurato può svolgere le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* servirsi i cibi preparati <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* servirsi da bere <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* tagliare gli alimenti preparati <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* sbucciare la frutta <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* portare i cibi e le bevande alla bocca <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* inghiottire <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>(“) qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<b>10</b>	<p><b>IGIENE PERSONALE</b></p> <p style="text-align: right;">da solo      con aiuto(“)</p> <p>L'assicurato può svolgere le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* lavarsi dalla vita in su <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* lavarsi dalla vita in giù <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* radersi <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* pettinarsi <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>(“) qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<b>11</b>	<p><b>CONTINENZA</b></p> <p>L'assicurato è:      continente <input type="checkbox"/>      incontinente <input type="checkbox"/> (“)</p> <p>(“) qualora ci sia incontinenza, precisarne il tipo (urinaria, fecale o entrambe), se si tratta di uno stato permanente od occasionale, se si utilizzano materiali appropriati (pannolini, cateteri o sonde, ... ): .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<b>12</b>	<p><b>VESTIRSI-SVESTIRSI</b></p> <p style="text-align: right;">da solo      con aiuto(“)</p> <p>L'assicurato si può vestire, svestire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* dalla vita in su <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* dalla vita in giù <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* togliere e mettere le scarpe <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* togliere e mettere le particolari calzature <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> <li>* togliere e mettere un apparecchio <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>(“) qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

**COMUNICAZIONE E COMPORAMENTO**

*NB: Se la non autosufficienza è legata ad uno stato di demenza, tale stato dovrà essere valutato con il Mini Mental State Examination o Test di Folstein*

**13**

• L'assicurato è in grado di comunicare in caso di necessità? Precisare: .....

• Il comportamento dell'assicurato è: normale  aggressivo  depresso  apatico

Precisare:

• Le attività nominate precedentemente (alimentazione, vestirsi-svestirsi, igiene personale, ...) devono essere stimolate o sono spontanee, coordinate?

Precisare:

• Il comportamento dell'assicurato è: normale  disorientamento temporo-spaziale  torpore   
agitazione (diurna, notturna)  coma

Precisare:

**TRATTAMENTI:** medici  chirurgici  kinesiterapia  altre

Precisare:

**14**

Il paziente deve seguire terapia: orale  iniettiva (IM  IV ) flebo ripetitive  flebo continue   
ossigeno  aerosol  altro

Precisare:

**15**

Commenti del medico curante sullo stato di salute dell'assicurato: .....

L'assicurato è pregato di inviare al Medico consulente, sotto forma confidenziale, i vari documenti sanitari in suo possesso che potrebbero facilitare la valutazione della richiesta.

Il sottoscritto / La sottoscritta

Luogo:

.....

.....

In qualità di Medico curante

del Sig. / della Sig.ra

Data:

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**certifica che i dati forniti sopra sono esatti.**

Firma e timbro del Medico
---------------------------