



LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale



Certificazioni obbligatorie del medico di CA

Dott. Carlo Curatola

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

LE CERTIFICAZIONI

La consapevolezza del ruolo del MCA e del sostituto del MMG è fondamentale ai fini della comprensione dei differenti comportamenti delle due figure, sia in tema di certificazioni che in tema di compiti da svolgere.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

LO SCOPO:

ACN 2005, ART 62: CRITERI GENERALI.

LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

1. Al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, le aziende, sulla base della organizzazione distrettuale dei servizi e nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale, organizzano le attività sanitarie **per assicurare le realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili**, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.



A CHI E' RIVOLTO:

2. Il servizio di continuità assistenziale è **indirizzato a tutta la popolazione**, in ambito aziendale, **in ogni fascia di età**, sulla base di uno specifico livello assistenziale.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

PRESTAZIONI: RICETTE E CERTIFICATI

9. Il medico utilizza solo a favore degli utenti, anche se privi di documento sanitario, un apposito ricettario, con la dicitura “Servizio continuità assistenziale”, fornitogli dalla Azienda per
- le proposte di ricovero,
 - le prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile sulla base del ricettario di cui alla Legge 326/2003 e secondo le disposizioni vigenti in materia.

Attestato di malattia telematico		Copia cartacea per il datore di lavoro	
Protocollo (*)	Data rilascio		
(*) Rettifica del certificato protocollo			
DATI DEL MEDICO		Cod.Reg.	ASL
Cognome e nome	030	308	
DATI PROGNOSI			
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal			
Viene assegnata prognosi clinica a tutto il			
Trattasi di: <input type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Continuazione <input type="checkbox"/> Ricaduta			
DATI DEL LAVORATORE ANAGRAFICI			
Cognome	Nome	C.F.	
Nato/a il		a (Comune o Stato estero) Provincia	
RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE			
In via/piazza			
Comune	CAP	Provincia	
REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati da indicare solo se diversi da quelli di residenza riportati sopra)			
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)			
In via/piazza			
Comune	CAP	Provincia	
Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009			

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

ART. 67 – COMPITI DEL MEDICO.

8. Per le prestazioni effettuate, il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al medico di libera scelta, è tenuto a compilare, in duplice copia, il modulario informativo (**Allegato M**), di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da consegnare all'assistito, e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.

REGIONE		PROVINCIA		AZIENDA		SEDE	
MEDICO		DATA		ORA D'INTERVENTO			
TIPO DEI INTERVENTO		Ambulatoriale <input type="checkbox"/>		Domiciliare <input type="checkbox"/>		Intervento in esterno <input type="checkbox"/>	
LOCALITÀ							
RELAZIONE MEDICA				MOTIVI E CIRCOSTANZE			
.....							
.....							
.....							
CONDIZIONI CLINICHE ALL'ARRIVO DEL MEDICO							
P.A.		F.C.		F.R.		T.C.	
HGT		CUTE		Normale <input type="checkbox"/>		Pallida <input type="checkbox"/>	
				Itterica <input type="checkbox"/>		Cianotica <input type="checkbox"/>	
				Altro			
Stato nutrizione ed idratazione				Diuresi		Alvo	
SISTEMA NERVOSO		PUPILLE		Dx		Sx	
Indenne <input type="checkbox"/>		Normali <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Coscienza onnubilata <input type="checkbox"/>		Miosi <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Perdita di coscienza <input type="checkbox"/>		Midriasi <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Stato di agitazione <input type="checkbox"/>		R. fotomotori <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Convulsioni <input type="checkbox"/>		Nistagmo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Romberg <input type="checkbox"/>		APP. RESPIRATORIO					
Rigor nuccalis <input type="checkbox"/>		Indenne <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Deficit motorio <input type="checkbox"/>		Rumori <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Deficit sensitivo <input type="checkbox"/>		Rumori secchi <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Deviazione dello sguardo <input type="checkbox"/>		Enfisema sottocutaneo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		APP. CARDIOCIRCOLATORIO					
		Normale <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Aritmia <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Cianosi <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Edemi <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		ADDOME					
		Murphy <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Blumberg <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Rovsing <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Giordano <input type="checkbox"/>		Dx		Sx	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Ascite <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ALTRO							
.....							
TERAPIA							
.....							
ESITO INTERVENTO							
Paziente: Rinviato/Mantenuto al domicilio <input type="checkbox"/> Disposto il ricovero <input type="checkbox"/> Trasporto: Mezzo proprio <input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/>							
L'INTERVENTO NON PRESENTAVA CARATTERE DI PRESTAZIONE NON DIFFERIBILE <input type="checkbox"/>							
GENERALITÀ DELL'ASSISTITO							
SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		ETÀ		CODICE FISCALE			
COGNOME E NOME				Città			
RESIDENZA : Via				Città			
				Provincia			
FIRMA DELL'UTENTE				FIRMA DEL MEDICO			
Allegato M – ACN Medicina Generale							

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Sono inoltre **obblighi e compiti del MCA**:

- a) la redazione di certificazioni obbligatorie, quali:
 - **certificazione di malattia per i lavoratori turnisti** (di norma un giorno, fino ad un massimo di tre giorni nel caso di turni prefestivi o festivi),
 - **certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi** laddove prevista;
- e) **la constatazione di decesso.**

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CONSTATAZIONE DI DECESSO

- Quali sono i compiti del medico di Continuità Assistenziale in caso di decesso del paziente?
- Al medico di Continuità Assistenziale, così come ad ogni altro medico intervenga a seguito della chiamata dei parenti, spetta la redazione della **constatazione di decesso**.

Non spetta al medico di CA la compilazione della denuncia di cause di morte (scheda ISTAT), spetta, invece, in Emilia Romagna la compilazione del modulo di trasporto salma (Legge Regionale 19/2004).

Si rammenta che, eccetto casi particolari, solo il medico con le sue competenze può affermare che una persona è effettivamente deceduta. **Pertanto, al medico di continuità assistenziale** o al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale, qualora venga esplicitamente richiesto un intervento a domicilio, sia pure per "constatare un decesso", risulta opportuno che si ottemperi con solerzia a tale richiesta, rilasciando poi la eventuale certificazione che, tra l'altro, comproverà l'assolvimento del compito, potendosi altrimenti dover successivamente fronteggiare procedimenti sia disciplinari che giudiziari.

CONSTATAZIONE DI DECESSO

CONSTATAZIONE DI DECESSO

_____ li, _____

Certifico di aver constatato l'avvenuto decesso del Sig. _____

nato il ____ / ____ / ____ a _____

identificato come tale dal Sig. _____ (grado di parentela _____)

identificato dal documento di identità (C.I./patente) _____

alle ore _____ in località (domicilio, pubblica via, ecc) _____

ATTESTATO MEDICO PER IL TRASPORTO DI SALMA

(At. 10, comma 2, L.R. 19/04)

Di _____

Nato/a il ____/____/____ a _____

Deceduto il ____/____/____ alle ore _____

Io sottoscritto medico di continuità assistenziale

CERTIFICO

Di essere intervenuto alle ore ____ del giorno ____/____/____

In _____ Via _____ N° _____

Di aver posto diagnosi di morte e che dalla visita effettuata non ravviso ipotesi di reato. Il trasporto della salma, se effettuato nei modi previsti dalla L.R. 19/04, può svolgersi senza pregiudizio per la salute pubblica.

La salma verrà trasportata, come da richiesta dei familiari, presso la seguente struttura:

Rilasciato il ____/____/____ alle ore _____

Timbro e firma

Nota

Al sensi dell'art. 10, comma 4 della L.R. 19/04, la salma deve essere riposta, durante il trasporto, in contenitore impermeabile non sigillato, in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita. Il trasporto deve avvenire in tempi brevi.

Inoltre il trasporto dovrà essere effettuato da impresa in possesso di apposita autorizzazione (art. 13, L.R. 19/04), con mezzi adeguati e nel rispetto delle norme in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori addetti.

La salma può essere trasferita presso:

1. Obitorio o il deposito di osservazione delle salme;
2. Servizi mortuari delle strutture sanitarie pubbliche o private accreditate;
3. Strutture per il commiato di cui all'art. 14, comma 2 della L.R. 19/04;

ove deve essere portato a termine il prescritto periodo di osservazione secondo le modalità previste dalla legge e deve essere effettuato l'accertamento della realtà della morte da parte del medico necroscopo.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICAZIONI DI MALATTIA INPS

Riferimenti Normativi

Circolare n. 1 dell'11 marzo 2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica in merito alla trasmissione per via telematica dei certificati di malattia.

Sono tenuti ad effettuare la trasmissione telematica dei certificati i seguenti soggetti:

- **i medici dipendenti del SSN;**
- **i medici in regime di convenzione con il SSN (MMG, MCA).**

Tutte le pubbliche amministrazioni devono adottare le iniziative necessarie per ricevere le certificazioni e provvedere ai conseguenti adempimenti.

RILASCIO CREDENZIALI PER ACCEDERE AL SISTEMA TS

- Ai **medici convenzionati** ed ai **medici dipendenti** saranno le aziende a provvedere al rilascio delle credenziali.
- Per i **sostituti di MMG** ed per i **libero professionisti** è l'Ordine l'ente preposto al rilascio delle credenziali.
Per il rilascio delle credenziali inviare una mail a sportellogiovani@ordinemedicimodena.it allegando la copia di un documento d'identità valido.
I sostituti non possono, ovviamente, utilizzare le credenziali del Medico che sostituiscono.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al
giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

RILASCIO CREDENZIALI PER ACCEDERE AL SISTEMA TS

Circolare FNOMCeO 2011 su rilascio certificati INPS da libero professionista

E' ovvio che le certificazioni di malattia rilasciate dai liberi professionisti devono tener conto, in ragione di quanto previsto dall'art. 25 della legge 183/2010 (cd. collegato lavoro)

- < 10 giorni
- 1° certificato di malattia dell'anno

medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale".

Per completezza, è opportuno rilevare che la certificazione di malattia di competenza del libero professionista rientra nel complesso della prestazione professionale resa, non potendo quindi costituire un onere ulteriore a carico del paziente.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Soggetti che possono richiedere il rilascio certificazione cartacea

- Magistrati ordinari, amministrativi e contabili
- Avvocati e procuratori dello Stato
- Professori e ricercatori universitari
- Personale della carriera diplomatica
- Personale della carriera prefettizia
- Personale del Comitato interministeriale per il credito e il risparmio (CICR)
- Personale della Commissione nazionale per le società e la borsa (CONSOB)
- Personale dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato
- Personale militare
- Forze di polizia di Stato
- Personale della carriera dirigenziale e direttiva penitenziaria
- Personale, anche a livello dirigenziale del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco (escluso personale di leva e volontario)

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

li / /20

il Sig.
nato a il / /
residente in

SI CERTIFICA CHE

In base alla visita da me effettuata risulta affetto da:

Il Paziente riferisce di essere ammalato dal: stesso giorno inizio

Prognosi di gg: s.c.

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

In fede

CERTIFICATO DI MALATTIA TELEMATICO



Progetto Tessera Sanitaria

Home | Link utili | Contatti | Accessibilità | Mappa del sito

Area Riservata

Notizie in evidenza [Archivio news](#)

Il Cittadino e la Tessera

Servizi Assistito SSN

Per utilizzare i servizi on line resi disponibili è necessario procedere all'identificazione al Portale attraverso l'utilizzo della TS-CNS in possesso del cittadino.

[Maggiori informazioni](#) **Accedi**

Aggiornamenti software

RicetteSsnOnLine (01/10/2014)

Contatti

Numero Verde
800 030 070

CERTIFICATO DI MALATTIA TELEMATICO

Area Riservata

Servizi Sistema TS

Area di accesso riservata alle funzionalità esposte dal Sistema TS per gli utenti già registrati e per gli intermediari finanziari con credenziali Entratel.



[Accesso con credenziali](#)



[Accesso con smart card](#)



[Accesso utenti Entratel](#)

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

AUTENTICAZIONE
Messaggi

Per accedere al sistema inserire le credenziali

Codice Identificativo

Parola chiave

CONFERMA **RIPULISCI**

Informazioni
Per chiarimenti in merito alla login rivolgersi al numero verde

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale



← → ↻ 🏠 <https://sistemats4.sanita.finanze.it/simossHome/servizi.jsp>

TS

Ti trovi in : [Home](#) - Servizi On Line

- **Certificati Malattia**
- Ricetta Dematerializzata
- Prescrizione medica
- Esenzioni da reddito
- Assistenza Online
- Manuali
- Profilo Utente
- Esci

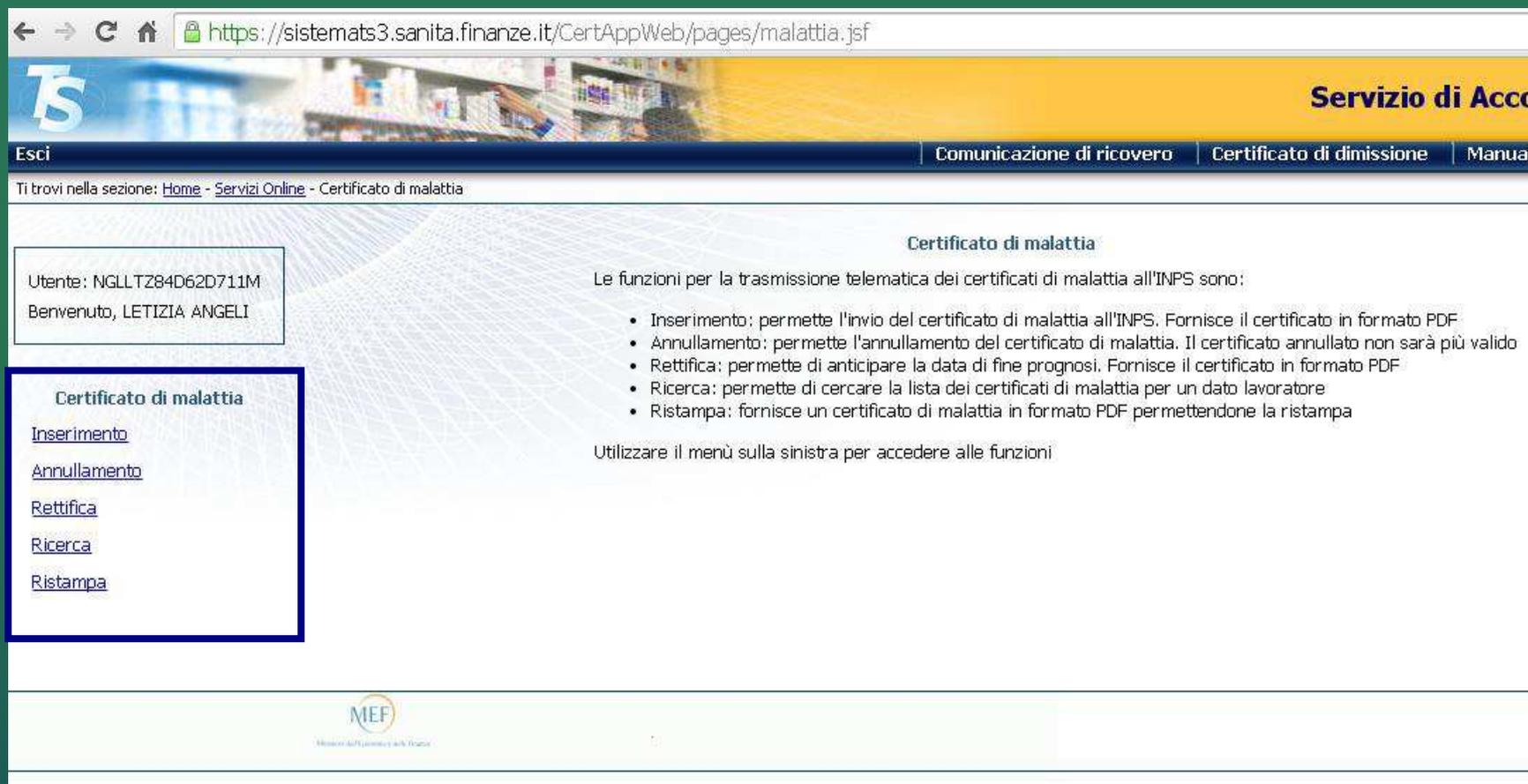
SERVIZI ONLINE

Codice Fiscale: NGLLTZ84D62D711M
Nominativo: ANGELI LETIZIA
Telefono Ufficio: Non Presente
E-mail: Non Presente
Tipologia: Medico

Ultimo accesso su SistemaTS: 23/04/2015 18:07
Ultimo cambio password su SistemaTS: 02/03/2015 08:41

 Ministero dell'Economia e delle Finanze

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale



The screenshot shows a web browser window with the URL <https://sistemats3.sanita.finanze.it/CertAppWeb/pages/malattia.jsf>. The page features a navigation bar with the text "Servizio di Acco" and a menu with items: "Esci", "Comunicazione di ricovero", "Certificato di dimissione", and "Manual". Below the navigation bar, a breadcrumb trail reads "Ti trovi nella sezione: Home - Servizi Online - Certificato di malattia".

The main content area is titled "Certificato di malattia". On the left, a user information box displays "Utente: NGLLTZ84D62D711M" and "Benvenuto, LETIZIA ANGELI". Below this, a blue-bordered box contains the title "Certificato di malattia" and a list of links: "Inserimento", "Annullamento", "Rettifica", "Ricerca", and "Ristampa".

The central text states: "Le funzioni per la trasmissione telematica dei certificati di malattia all'INPS sono:" followed by a bulleted list:

- Inserimento: permette l'invio del certificato di malattia all'INPS. Fornisce il certificato in formato PDF
- Annullamento: permette l'annullamento del certificato di malattia. Il certificato annullato non sarà più valido
- Rettifica: permette di anticipare la data di fine prognosi. Fornisce il certificato in formato PDF
- Ricerca: permette di cercare la lista dei certificati di malattia per un dato lavoratore
- Ristampa: fornisce un certificato di malattia in formato PDF permettendone la ristampa

Below the list, it says: "Utilizzare il menù sulla sinistra per accedere alle funzioni".

At the bottom of the page, there is a logo for "MEF" (Ministero dell'Economia e delle Finanze).

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Certificato di malattia - Inserimento

Regione-ASL/AO

Regione-ASL/AO --- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---

Lavoratore

--- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---
080: Emilia Romagna - 104: MODENA
700: OdM - EMILIA ROMAGNA - 080

Codice fiscale

Conferma **Ripulisci**

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Cognome

Nome

Residenza o domicilio abituale lavoratore

Via

Civico

Reperibilità

F

Reperibilità

Aggiungi reperibilità

Cognome (Non obbligatorio)

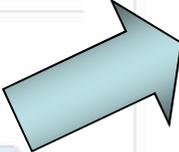
Via

Civico

CAP

Provincia

Togli reperibilità



LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al

Ruolo medico

Data rilascio

Il lavoratore dichiara di essere
ammalato dal (GG/MM/AAAA)

Viene assegnato a **Dati certificato**

Ruolo medico

Data rilascio certificato

Note diagnosi

Giornata lavorata

Trauma

Agevolazione

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Giornata lavorata -- Seleziona (non obbligatorio) --

Trauma -- Seleziona (non obbligatorio) --
SI
NO

Agevolazione -- Seleziona (non obbligatorio) --

Agevolazione -- Seleziona (non obbligatorio) --

-- Seleziona (non obbligatorio) --
Terapia salvavita
Causa di servizio
Invalidita' riconosciuta

Conferma Annulla

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

FASCE ORARIE VISITE FISCALI

- **DIPENDENTI PUBBLICI:**

7 GIORNI SU 7 DALLE 9.00 ALL 13.00 E DALLE 15.00 ALLE 18.00

- **DIPENDENTI AZIENDE PRIVATE**

7 GIORNI SU 7 DALLE 10.00 ALLE 12.00 E DALLE 17.00 ALLE 19.00

Esclusi da obbligo reperibilità in base all' art.2 DM del 18.12.2009 n.206, valido per i dipendenti pubblici che presentano :

- Patologie gravi che richiedono terapie salvavita
- Infortuni e Malattie Professionali INAIL per le quali sia riconosciuta la Causa di Servizio
- Stati patologici sottesi o connessi alla situazione di Invalidità riconosciuta.



LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale



Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

_____ li / /20
ore

SI CERTIFICA CHE

il Sig.
nato a il //
residente in

si trova nel mio ambulatorio per motivi inderogabili di salute.
(orario di ambulatorio: _____)

_____/ /20 .

In fede

ANNULLAMENTO DEL CERTIFICATO

Certificato di malattia - Annullamento

Regione-ASL/AO

Regione-ASL/AO --- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---

Lavoratore

Codice fiscale

Dati certificato

Protocollo

Conferma Ripulisci



Entro 12 ore!

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al
giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

RETTIFICA DEL CERTIFICATO

Certificato di malattia - Rettifica

Regione-ASL/AO

Regione-ASL/AO --- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---

Lavoratore

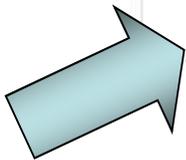
Codice fiscale

Dati certificato

Protocollo

Viene assegnata prognosi clinica a tutto il (GG/MM/AAAA)

Conferma Ripulisci



Per anticipare la prognosi

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

RICERCA DEL CERTIFICATO

Certificato di malattia - Ricerca

Regione-ASL/AO

Regione-ASL/AO --- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---

Lavoratore

Codice fiscale

Dati certificato

Le date di inizio e fine ricerca fanno riferimento alla data di rilascio del certificato

Data inizio ricerca (GG/MM/AAAA) (Non obbligatorio)

Data fine ricerca (GG/MM/AAAA) (Non obbligatorio)

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

RISTAMPA DEL CERTIFICATO

Certificato di malattia - Ristampa

Regione-ASL/AO

Regione-ASL/AO --- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---

Lavoratore

Codice fiscale

Dati certificato

Protocollo

Conferma Ripulisci

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

PERCORSO ANNULLAMENTO CERTIFICATO INPS

1. Telefonare ed avvisare dell'accaduto i **pazienti** (il paziente a cui è stata erroneamente assegnata la malattia ed il paziente che è rimasto scoperto dalla certificazione)
2. Redigere su carta intestata **richiesta di annullamento**
3. Redigere **nuova certificazione su carta bianca in duplice copia**
4. Inviare **fax** all'INPS di Modena Fax 059307708, con richiesta di annullamento e copia del **nuovo certificato per l'INPS (con diagnosi)** o inviare **mail** con conferma di lettura al seguente indirizzo MedicoLegale.Modena@inps.it
5. Fornire copia della richiesta dell'annullamento al destinatario errato (se lavoratore) della certificazione
6. Fornire **copia cartacea senza diagnosi** al corretto destinatario **da portare al datore di lavoro.**

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

RICHIESTA DI ANNULLAMENTO

Alla C.A. del **Centro Medico Legale INPS di Modena**
(Dr.ssa Chiara Severini, MedicoLegale.Modena@inps.it)
FAX 059/307708

**Oggetto: Richiesta annullamento certificato malattia ed
accettazione nuova certificazione corretta in cartaceo**

Con la presente si richiede annullamento del certificato di inizio prognosi di malattia emesso in ambulatorio dal sottoscritto, Dott. Carlo Curatola, in data 14/01/2015 con Prot. N. 132055030 erroneamente attribuito al paziente PINCO PALLINO (CF PNCPLL88F56F257Y) anziché al paziente PINCO BOCCETTINO (CF PNCBCTT57F32H501H), causato da un errore di "copia ed incolla" del codice fiscale.

Dr. Carlo Curatola

Modena 26/01/2015

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al
giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

NUOVO CERTIFICATO: COPIA PER L'INPS

Dott.

Modena 26/01/15

COPIA PER L'INPS

Certifico di aver effettuato visita ambulatoriale in data 14/01/2015 al

Sig. (CF:), residente in Via

,CAP ,

A seguito alla suddetta visita ambulatoriale si formulava diagnosi di

e si assegnava prognosi dal 14/01/15 al

17/01/15.

La suddetta certificazione si rilascia su carta libera come da accordi
con il centro Medico-Legale dell'INPS

NUOVO CERTIFICATO: COPIA PER DATORE DI LAVORO

Dott.

Modena 26/01/15

COPIA PER IL DATORE DI LAVORO

Certifico di aver effettuato visita ambulatoriale in data 14/01/2015 al

Sig. (CF:), residente in

,CAP

A seguito alla suddetta visita ambulatoriale si assegnava prognosi dal
14/01/15 al 17/01/15.

La suddetta certificazione si rilascia su carta libera come da accordi
con il centro Medico-Legale dell'INPS

Regione Emilia-Romagna - Azienda Sanitaria

SEGNALAZIONE DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA - SSCMI/2006

MALATTIA: Sospetta Accertata
Ripartire la casella (in) intestare:

- Antrace [R] [F]
- Iltterorragia [R]
- Botulismo [R] [F]
- Brucellosi [R]
- Campilobatteriosi [R]
- Colera [R] [F]
- Criptosporidiosi [R]
- Differite [R] [F]
- Echinococosi [R]
- Encefalite trasmessa da zecche [R]
- Encefaliti virali [R]
- Epatite virale A [R]
- Epatite virale B [R]
- Epatite virale C [R]
- Altre epatiti virali acute [R]
- Febbre emorragica virale [R] [F]
- Febbre gialla [R] [F]
- Febbre [R]
- Febbre ricorrente epidemica [R] [F]
- Febbre tifoide [R]
- Giardiasi [R]
- Influenza con isolamento virale [R] [F]
- Lebbra [R]
- Legionellosi [R]
- Leishmaniosi cutanea [R]
- Leishmaniosi viscerale [R]
- Leptospirosi [R]
- Listeriosi [R]
- Malaria [R]
- Malattia di Creutzfeldt-Jakob [R] [F]
- Malattia da E. coli patogeno [R]
- Malattia di Lyme [R]
- Malattia invasiva da H.influenzae [R] [F]
- Malattia invasiva da meningococco [R] [F]
- Malattia invasiva da pneumococco [R] [F]
- Meningite batterica n.a. [R]
- Morbillo [R]
- Paratifo [R]
- Parotite [R]
- Pediculosi [R]
- Pertosse [R]
- Peste [R] [F]
- Poliomielite [R] [F]
- Psittacosi/Ornitosi [R]
- Rabbia [R] [F]
- Rickettsiosi [R]
- Rosolia [R]
- Rosolia congenita [R]
- Salmonellosi [R]
- SARS [R] [F]
- Scabbia [R]
- Scarlattina [R]
- Shigellosi [R]
- Sifilide [R]
- Tetano [R] [F]
- Tifo esantematico [R] [F]
- Tossinfezioni alimentari [R]
- Toxoplasmosi [R]
- Trichinosi [R] [F]
- Tubercolosi extrapolmonare [R]
- Tubercolosi polmonare [R]
- Tularemia [R]
- Yersiniosi [R]
- Vajolo [R] [F]
- Varicella [R]
- Altro (specificare) [R]

.....

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome/Nome: _____

Data di nascita: ___/___/___ Sesso: F M

Comune di nascita: _____

Domicilio: Via _____

Comune _____ Prov. I ___/___/___

Residenza (in diversa da domicilio) Via _____

Comune _____ Prov. I ___/___/___

Recapito telefonico: _____

Professione _____

Collettività frequentata: (in scuola materna, casa di riposo...) _____

Inizio sintomi: Data ___/___/___ Comune _____

Viaggi/noggiorno all'estero si, qu... _____

Ricovero ospedaliero: si, qu... _____

Gravidanza si Specificare, età gestazionale settimana ___/___/___

Precedentemente vaccinato: si no non so

Criteri di diagnosi:

Clinica _____

Serologia _____

Esame diretto/histologia _____

Esame colturale _____

Altro _____

Acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria? si no non so

Altri casi di malattia potenzialmente correlati? si no non so

Commenti: _____

.....

DATI RELATIVI AL MEDICO (accettabile anche un infermiere)

Cognome e Nome: _____

N° telefonico: _____ Data: ___/___/___

Firma del medico _____

Come segnalare al Dipartimento di Sanità Pubblica (tramite la direzione sanitaria o di presidio, se medico ospedaliero)

Segnalazione **immediata** per esigenze di profilassi (al massimo entro 12 ore), per telefono (n° _____) o per Fax (n° _____) (nei giorni festivi al numero di reperibilità: _____)

Segnalazione **per via ordinaria** (al soma non oltre le 48 ore), per posta (Via _____) o e-mail (_____).

A CURA DEL DSP (segnalazione rapida a livello regionale)

Legionellosi: struttura turistica struttura sanitaria terme

Meningite batterica: strutture a rischio età <24 anni personale scuole

TBC: collettività a rischio polmonare (operatore) polm.(paciente)

Malattia correlata a pratiche assistenziali

Come segnalare alla Regione

Comunicazione **immediata** al n° telefonico 051- 413222

Comunicazione **immediata** (12 ore max) per Fax: 051-4397067; sabato, domenica e festivi anche e-mail: Alert@regione.emilia-romagna.it

Trasmissione tempestiva della scheda al massimo entro 24 ore per e-mail Alert@regione.emilia-romagna.it (se requisiti per segnalazione rapida)

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

NOTIFICAZIONE

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome/Nome:

Data di nascita: __/__/____ Sesso: F M

Comune di nascita:

Domicilio: Via

Comune Prov. |__|__|

Residenza (se diversa da domicilio): Via

Comune Prov. |__|__|

Recapito telefonico:

Professione

Collettività frequentata: (es: scuola materna, casa di riposo...)

Inizio sintomi: Data __/__/__ Comune

Viaggi/soggiorno all'estero sì, spec.

Ricovero ospedaliero: sì, spec.

Gravidanza sì Specificare, età gestazionale settimana |__|__|

Precedentemente vaccinato: sì no non so

Criteri di diagnosi:

Clinica

Sierologia

Esame diretto/istologico

Esame culturale

Altro

Acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria? sì no non so

Altri casi di malattia potenzialmente correlati? sì no non so

Commenti:

MALATTIA

INFETTIVA

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

DATI RELATIVI AL MEDICO *(accettabile anche un timbro)*

Cognome e Nome:

N° telefonico: Data: ___/___/___

Firma del medico

Come segnalare al Dipartimento di Sanità Pubblica *(tramite la direzione sanitaria o di presidio, se medico ospedaliero)*

Segnalazione **immediata** per esigenze di profilassi (al massimo entro 12 ore),
per telefono (n°) o per Fax (n°)
(se giorni festivi al numero di reperibilità:)

Segnalazione **per via ordinaria** (di norma non oltre le 48 ore), per posta
(Via),
Fax (n°) o e-mail (.....)

A CURA DEL DSP *(segnalazione rapida a livello regionale)*

Legionellosi: struttura turistica struttura sanitaria terme

Meningite batterica: strutture a rischio età <24 anni personale scuole

TBC: collettività a rischio polmonare (operatore) polm.(paziente)

Malattia correlata a pratiche assistenziali

Come segnalare alla Regione

Comunicazione **immediata** al n° telefonico: 051- 4132222

Comunicazione **immediata** (12 ore max) per Fax: 051-6397065; sabato,
domenica e festivi anche e-mail: alert@regione.emilia-romagna.it

Trasmissione tempestiva della scheda al massimo entro 24 ore per e-mail
alert@regione.emilia-romagna.it (se requisiti per segnalazione rapida)

059-3963100

