|  |  |
| --- | --- |
| **Rapporto medico (Stranieri)**  **per l’accertamento medico in una procedura di diritto degli stranieri** | |
| **Dati relativi alla persona interessata:**  Cognome:  Nome:  Data di nascita:  Cittadinanza: | **Da rimettere alla persona interessata o al suo rappresentate legale** |
| **Nome, indirizzo e specializzazione del medico:**  Cognome:  Nome:  Indirizzo:  Specializzazione: | **Scopo del rapporto medico:**  Il presente rapporto medico deve contenere delle informazioni sull’anamnesi, la diagnosi, la prognosi, come pure sul trattamento necessario e adeguato, affinché la situazione medica dell’interessato/a possa essere considerata in maniera completa.  I dati riportati saranno trattati in modo confidenziale. |

**🡪 Da compilare preferibilmente in forma elettronica e in un linguaggio accessibile a dei non professionisti. Il presente documento può essere scaricato dal sito web della SEM, “Domande mediche”, al seguente indirizzo:** [**https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/publiservice/service/formulare.html**](https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/publiservice/service/formulare.html)**.**

**Si prega di utilizzare il modulo intitolato «Rapporto medico (Stranieri)».**

# 1. Constatazioni mediche

Seguito dal:  trattamento sino al:

**1.1 Anamnesi**(arrivo in Svizzera, malattie o infortuni anteriori, situazione somatica o psichica particolarmente pesante [p.es. indicazioni in merito a violenze subite])

**1.2 Dolori e disturbi dichiarati**

**1.3 Status**(Generale e locale, funzioni fisiche e psichiche coinvolte, tossicomania, risultati di laboratorio, Rx, ECG, EEG, ecc.)

**1.4 Evoluzione**

# Diagnosi

(per la psichiatria, secondo ICD 10)

# 3. Trattamento

**3.1 Trattamento in corso**

Dal:  probabilmente fino al:

Se sì, quale (specificare la natura del trattamento e le medicine prescritte)?

**3.2 Trattamento necessario e adeguato da intraprendere**

Dal: probabilmente fino al:

Se sì, quale?

**3.3 Quali controlli medici devono essere garantiti in vista di un trattamento secondo cifra 3.2?**

# 4. Prognosi

**4.1 Prognosi senza trattamento secondo cifra 3.2**

attuale e/o  futuro

**4.2 Prognosi con trattamento secondo cifra 3.2**

attuale e/o  futuro

**6. Eventuali osservazioni del medico**

Allegati:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Luogo e data) (Timbro e firma del medico)