Questionário Incapacidade Temporária para o Trabalho

(A PREENCHER PELO MÉDICO ASSISTENTE)

CONFIDENCIAL

Dados Pessoais:			
Nome Completo do Segurado:			Nº Segurado:
Nome Completo do Médico Assistente:			
Morada do Médico Assistente:			Localidade:
C.P.: | | | | |	Provincia:	Telefone(s):	/
Especialidade Médica:			

Por favor, assinale as respostas corretas e, sempre que possível, dê pormenores

1. Em que data e por que motivo foi consultado pelo seu paciente em relação ao processo atual? _____ / _____ / _____

   Motivo: _____

2. Por favor, descreva a sintomatología referida pelo paciente: _____

   _____

   _____

3. Desde que data apresenta esta sintomatología? _____ / _____ / _____
4. Indique o diagnóstico atual: _____

   _____

   _____

5. Esclarecimento sobre a etiologia do processo: _____

   _____

6. Em que data o examinou ou tratou pela última vez? _____ / _____ / _____
7. O seu paciente é obrigado a permanecer em repouso domiciliário? SIM ☐ NÃO ☐
8. Está permanentemente acamado, ou goza de repouso relativo? _____
9. A doença impede-o de se dedicar às suas atividades laborais ou profissionais de forma total ou parcial? _____

   Desde que data _____ / _____ / _____

   Caso seja parcial, especificar as limitações: _____

   _____

10. Prognóstico relativamente à duração da doença: _____

    _____

11. Está totalmente curado? SIM ☐ NÃO ☐
12. Em caso negativo, indique a data em que provavelmente ficará totalmente curado: _____ / _____ / _____
13. Indique a data previsível da sua reintegração laboral: _____ / _____ / _____
14. Já tinha tratado este paciente anteriormente? SIM ☐ NÃO ☐
15. De que problemas de saúde, doença, ou mesmo acidentes está a tratar ou já tratou o seu paciente? _____

    _____

16. Quando e quanto tempo? _____
17. Outros comentários: SIM ☐ (em folha à parte) NÃO ☐

Caso tenha realizado exames complementares ao paciente, solicitamos cópia dos mesmos.

Cédula Nº: _____ Assinatura do Médico Assistente

Em _____ a ____ de _____ de 20___

Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 4.071, Libro 0, Sección 8, Hoja M-67.736, C.I.F. V28230688
PSN Sucursal em Portugal - Cons. Rg. Com. Lisboa e NIPC nº 980 384 087 - ASF Reg. nº 1180