



Documento italiano / Documento italiano	Nome del dipartimento spedizione / Nome di do departamento de expedição	Data di spedizione (dd/mm/aaaa) / Data de Expedição / (dd/mm/aaaa) ____/____/____	
<b>INDIRIZZO DI CASA / DADOS RESIDENCIAIS</b>			
Paese / País	Stato o provincia / Estado	Città / Cidade	Codice Postale / CEP
Via / Rua Quartiere / Bairro (se applicabile) Numero civico / Logradouro (se applicabile)			Numero/Número
Apt., Villa./ Num. del. Apt., Villa.:		Numero di telefono/Telefone:	
País / Country			
E-mail			

<b>3</b>	<b>HISTORIA CLINICA / ANTECEDENTES MÉDICOS</b>
3.1. Historia clinica personali e familiari / Antecedentes médicos pessoais e familiares / Personal and family medical history	
3.2. Antecedente del lavoro / Antecedente Laboral	

<b>4</b>	<b>STORIA DEGLI MALATTIA ATTUALE / HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL / CURRENT DISEASE HISTORY</b>
4.1. Reclami attuali / Queixas atuais:	
4.2. Trattamento / Tratamento	
4.2.1. Qual è la previsione della fine degli trattamento descritto nel 4.2? / Qual é a previsão do término do tratamento descrito no 4.2?	
4.2.2. Existe previsionedi trattamenro chirurgico? Se sì, quando è prevista l'esecuzione? / Existe previsão de tratamento cirúrgico? Se <b>sim</b> , quando será realizado?	
4.3. Prognosi (Recupero) / Prognóstico (Recuperação)	
4.4. Qual à la data dell'ultimo giorno di lavoro(dd/mm/aaaa)? / Qual é a Data do Ultimo dia de Trabalho – DUT ____/____/____	

4.5 Data de inizio dall'incapaitá (dd/mm/yyyy) / Data do Início da Incapacidade – DII (dd/mm/aaaa) /Date of onset of Inability (dd/mm/yyyy) : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

4.6. Data di inizio della malattia (dd/mm/yyyy) / Data do Início da Doença – DID (dd/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

4.7. Descrivere il data considerati per la determinazione della Data di inizio della malattia / Descreva os dados considerados para a fixação da Data do Início da Doença – DID

## 5 ESAME FISICO GENERALE / EXAME FÍSICO GERAL

### 5.1.Stati generale / Estado Geral

Altezza / Altura: \_\_\_\_\_ cm.                      Peso / Peso: \_\_\_\_\_ kg.

#### Estado Nutricional / Nutritional Status:

buono / bom / good  sovrappeso / excesso de peso / overweight  sottopeso / abaixo do peso

Membrane mucose / Membranas mucosas: \_\_\_\_\_

Pelle / Pele : \_\_\_\_\_

Stato mentale ed emotivo / Estado mental e emocional: \_\_\_\_\_

Osservazioni / Observações : \_\_\_\_\_

### 5.2. Testa / Cabeça

5.2.1. Vista / Visão: \_\_\_\_\_

5.2.2. Audizione / Audição: \_\_\_\_\_

5.2.3. Altri organi sensoriali / Outros órgãos sensoriais: \_\_\_\_\_

### 5.3. Collo (osservazione esterne)/ Pescoço (observações externas):

5.3.1. Esame della ghiandola tiroidea / Exame da glândula tireóide: \_\_\_\_\_

5.3.2. Linfonodi / Linfonodo: \_\_\_\_\_

5.3.3. Altri osservazioni / Outras observações: \_\_\_\_\_

### 5.4 Sistemi respiratori / Aparelho respiratório:

**5.5 Sistema circolatorio / Sistema circulatório:**

5.5.1 Cuore / Coração: \_\_\_\_\_

5.5.2 Polso / Pulso: \_\_\_\_\_

5.5.3 Pressione sanguigna (a riposo) / Pressão arterial (em repouso): \_\_\_\_\_

5.5.4 Pressione sanguigna (seconda misurazione) / Pressão arterial (segunda medição): \_\_\_\_\_

5.5.5 Vasi periferici / Vasos periféricos: \_\_\_\_\_

5.5.6 Edema / Edema: \_\_\_\_\_

5.5.7 ECG (a riposo) / ECG (em repouso): \_\_\_\_\_

**5.6 Addome / Abdômen:**

5.6.1 Apparato digerente e organi intra-addominali / Aparelho digestivo e órgãos intra-abdominais: \_\_\_\_\_

5.6.2 Fegato / Fígado : \_\_\_\_\_

5.6.3 Milza / Baço: \_\_\_\_\_

5.6.4 Sistema endocrino / Sistema endócrino: \_\_\_\_\_

**5.7 Tratto genito-urinario / Aparelho genito-urinário:****5.8. Esame mentale (aspetto, atteggiamento, affetto, pensiero, linguaggio, coscienza, orientamento, memoria recente e remota, neuropercezione, astrazione, giudizio) / Exame mental (aparência, atitude, afeto, pensamento, linguagem, consciência, orientação, memória recente e remota, neuropercepção, abstração, juízo)****5.9. Dispositivo locomotore (se necessario, utilizzare o metodo ZERONEUTRO, pagine 7 e 8)  
Aparelho locomotor (em caso necessário, utilizar o método ZERO-NEUTRO, pagina 7 e 8)**

5.9.1 Colonna vertebrale / Coluna vertebral: \_\_\_\_\_

5.9.2 Arti superiori / Membros superiores: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.9.3 Membri inferiori / Membros inferiores: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.9.4 Presenza di linfonodi / Presença de gânglios linfáticos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5.10 Esame neurologico / Exame Neurológico / Evidence neurological:**

**Movimento (forza e tono) / Movimento (força e tônus) / Movement (strength and tone):**

normale / normal     è aumentato / aumentado     lento / lento     debole / fraco

**Marzo / Marcha:**

normale / normal     cambiato / alterada. Tipo di alterazione / Tipo de alteração:  
\_\_\_\_\_

**Riflessi / Reflexos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.10.1 Sintomi neurovegetativi / Sintomas neurovegetativos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5.11 Altre informazioni / Outras informações:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6

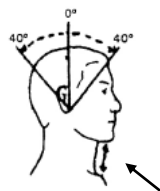
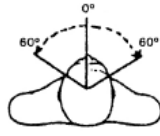
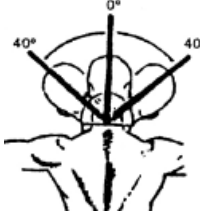



**PROVE FUNZIONALI E ALTRI ESAMI COMPLEMENTARI (\*) (SE NECESSARIO) / PROVAS FUNCIONAIS E OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES (\*) (EM CASO NECESSÁRIO)**6.1 Funzionalità polmonare / Função pulmonar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_6.2 Funzione cardiaca / Função cardíaca: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_6.3 Studi di immagine (indicare la data) / Estudos de imagens (indicar data): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_6.3.1 Ecodoppler giusto (cuore e vasi) / Ecografia Doppler (coração e vasos):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_6.3.2 Risultati degli esami radiografici attuali / Resultados de exames radiográficos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_6.3.3 Risultati di precedenti esami radiografici eseguiti in altrove / Resultados de exames radiográficos anteriores realizados em outra parte:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_6.3.4 Ecografia (addome e altri) / Ecografia (abdômen e outros): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_6.3.5 Immagini per Risonanza Magnetica Nucleare (NMRI) e indagini speciali / Imagens por ressonância nuclear magnética (RNM) e investigações especiais:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_6.4 Risultati di laboratorio / Resultados de laboratório: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_6.5 Altri esami / Outros exames: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MÉTODO ZERO-NEUTRO / NEUTRAL METHOD / MÉTHODE NEUTRE**

Foglio di misura corrispondente all'apparecchio locomotore secondo il metodo ZERONEUTRO / Folha de medições correspondente ao aparelho locomotor segundo o método ZERO-NEUTRO.

Registrare solo i risultati patologici o quelli considerati normali, ma che sono rilevante per la conclusione medica.  
 Registrar apenas os achados patológicos ou aqueles considerados normais, mas que sejam relevantes para a conclusão médica.

**Colonna vertebrale / Coluna Vertebral**

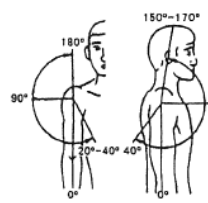
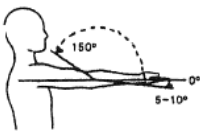
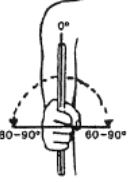
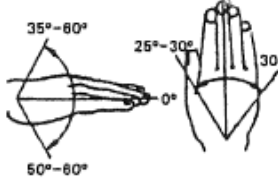
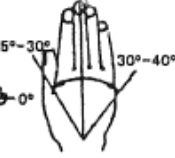
 <p>Estensione / Flessione Extensão/Flexão / 45-0-45°</p> <p>D _____ ° E _____ °</p> <p>Distanza mento / sterno / Distância queixo/esterno _____ cm</p>	 <p>Rotazione destra / sinistra / Rotação direita/esquerda / 80-0-80°</p> <p>D _____ ° E _____ °</p>	 <p>Pendenza laterale Destra / sinistra Inclinação Lateral direita/esquerda / Lateral tilt right/left / 45-0-45°</p> <p>D _____ ° E _____ °</p>
 <p>Prova di mobilità lombare / Prova da mobilidade lombar / 8-10-15 cm</p> <p>_____ cm</p> <p>FBA</p>	 <p>Rotazione destra / sinistra Rotação direita/esquerda / 30-0-30°</p> <p>D _____ ° E _____ °</p>	 <p>Pendenza laterale destra sinistra/ Inclinação Lateral direita/esquerda / 40-0-40°</p> <p>D _____ ° E _____ °</p>

**Articolazione della spalla / Articulação do Ombro**

**Articulação do Cotovelo / Elbow Joint**

**Articulação do Antebraço / Forearm Joint**

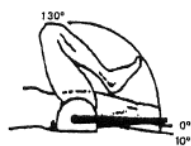
**Articulação do Punho / Fist Joint**

<p>Estensione / flessione Extensão/Flexão / 170-0-40°</p> <p>D _____ ° E _____ °</p>  <p>Abdução / abduction 180-0-40°</p> <p>D _____ ° E _____ °</p>	 <p>Estensione / flessione Extensão/Flexão / 10-0-150°</p> <p>D _____ ° E _____ °</p>	 <p>Supinazione / Pronazione Supinação / Pronação / 80-0-90°</p> <p>D _____ ° E _____ °</p>	 <p>Estensione / flessione Extensão/Flexão / 60-0-60°</p> <p>D _____ ° E _____ °</p>	 <p>Abduzione / adduzione Abdução / adução / 40-0-30°</p> <p>D _____ ° E _____ °</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Articolazione dell'anca / Articulação do Quadril**

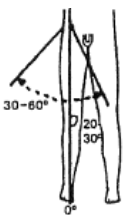
**Articolazione del ginocchio / Articulação do Joelho**

**Articolazione della caviglia / Articulação do Tornozelo**



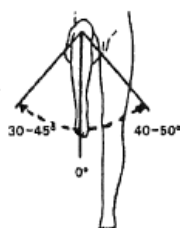
Estensione /  
flessione  
Extensão/Flexão/  
10-0-130°

D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °



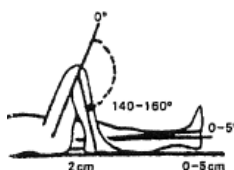
Abduzione /  
adduzione  
Abdução/adução/  
Abduction/adduction  
45-0-30°

D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °



Rotazione esterna  
/ interna /  
Rotação  
externa/interna /

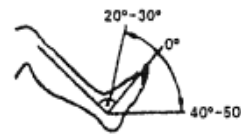
45-0-50°  
D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °



Estensione/flessione  
Extensão/Flexão /

10-0-140°

D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °



Extensão/Flexão /  
Extension/Flexion  
45-0-25°

D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °



Misure perimetriche in cm / Medidas perimétricas em cm.

- Braccio / Braço (15 cm.epic.lat.sup)
- Gomito / Cotovelo
- Avambraccio / Antebraço (10 cm.epic.lat.inf)
- Punho / Punho / Fist Joint
- Mano (senza pollice) / Mão (sem polegar)

D	E



Misure perimetriche in cm / Medidas perimétricas em cm.

- Coscia 20 cm sopra la linea articolare / Coxa 20 cm acima da interlinha articular
- Centro della rotula / Perirotuliano
- Perna 15 cm abaixo da interlinha articular / Perna 15 cm abaixo da interlinha articular
- Gamba: perimetro più piccolo / Perna: menor perímetro
- Caviglia / Tornozelo

D	E

7	DIAGNOSI CLINICA MOTIVATA / DIAGNÓSTICO(S) CLÍNICO(S) FUNDAMENTADO(S)
<p>7.1. Diagnosi principale / Diagnóstico principal: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>7.2. Diagnostica secondaria / Diagnóstico(s) secundário: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

8	CONCLUSÕES / CONCLUSIONS
<p>8.1. Evoluzione della malattia / Evolução da doença : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>8.2. Influenza della malattia sullo stato di salute della persona interessata / Influência da doença no estado de saúde do interessado:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

8.3. Deficit funzionali / Déficitos funcionais / Functional deficits : \_\_\_\_\_

8.4. Confronto con lo rapporto precedente / Comparação com o relatório anterior / (data / data) :

migliorato / melhorou                       aggravato / agravou                       à rimasta stabile / permaneceu estável

8.5. O asegurado ainda é capaz de realizar qualquer trabalho regolarmente / O asegurado ainda é capaz de realizar de forma regular um trabalho

pesante / pesado / heavy                       medio / médio / medium                       lieve / leve / light

## 9 DESCRIZIONE DELLE LIMITAZIONI FUNZIONALI / DESCRIÇÃO DE LIMITAÇÕES FUNCIONAIS

**Le seguenti restrizioni devono essere osservate / As restrições a seguir devem ser observadas:**

9.1. Evitare il lavoro / Evitar o trabalho:

In un luogo umido / em local úmido                                            in luogo freddo / em local frio                     

in luogo con alta temperatura / em local com alta temperatura                                            in un luogo rumoroso / em local barulhento /                     

In luogo con il fumo, gas, vapori, poveri, aerosol / em local com fumaça, gases, vapores, poeira e aerodispersóides                                            durante il turno di notte / no turno da noite                     

a turno / por turnos                                            rischio di caduta / risco de queda                     

compiti che spesso l'assicurato: appoggiarsi, sollevare, trasportare oggetti o utilizzare rampe, scale / tarefas que muitas vezes exigam do asegurado: se inclinar, levantar, transportar objetos ou uso de rampas, escada                     

9.2. L'attività può essere esercitata soltanto / A atividade só pode ser exercida:

in posizione seduta / em posição sentada                                            Con pause (oltre a quelle usuali) numero e durata di tali interruzioni / com pausas adicionais                     

In ambienti interni / em ambientes internos                                            (além das habituais pausas) número e duração dessas pausas:                     

con possibilità di cambiamenti posturali / com variação de postura                                            su lavori che richiedono camminare, sedersi e stare in piedi / a job that requires walking, sitting and standing                     

senza imporre scadenze rigide / sem imposição de prazos apertados                     

9.3 O desempenho no trabalho é reduzido porque o asegurado tem restrição dos órgãos sensoriais, mãos, etc. / The job performance is reduced because the insured has a restricted sensory organs, hands, etc.

9.4. É alérgico alla / É alérgico a / Is allergico to: \_\_\_\_\_

## 10 ALTRE OSSERVAZIONI / OUTRAS OBSERVAÇÕES

11

**MEDICO CHE EMETTE IL PARERE / MÉDICO QUE EMITE O PARECER**

Nome e cognome / Nome e Sobrenome: \_\_\_\_\_

Esperto di / Especialista em: \_\_\_\_\_

Indirizzo / Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data della visita medica / Data da realização do exame: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Telefoni / Telefone / Telephone number: \_\_\_\_\_

Luogo / Data / Local/ Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma /Assinatura

Nome e cognome / Nome e Sobrenome: \_\_\_\_\_

Esperto di / Especialista em: \_\_\_\_\_

Indirizzo / Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data della visita medica / Data da realização do exame: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Telefoni / Telefone / Telephone number: \_\_\_\_\_

Luogo / Data / Local/ Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma /Assinatura

Luogo / Local: \_\_\_\_\_ Data/ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paziente / Assinatura do examinado

Nota (\*): Caso apresente exames complementares estes deverão ser anexados. /

Note (\*): Se ci sono esami complementari, questi devono essere allegati./