

**Organo:** INAIL - SERVIZIO NORMATIVO PER LE GESTIONI ASSICURATIVE

**Documento:** Circolare n. 67 del 9 novembre 1995

**Oggetto:** Convenzione in materia di sicurezza sociale tra la Repubblica Italiana e la Repubblica del Venezuela, firmata a Roma il 7 giugno 1988, ratificata con **legge n. 260 del 6 agosto 1991**. Modulistica.

---

Con riferimento alle disposizioni impartite con circolare n. 40/1992 ed in particolare agli aspetti procedurali connessi all'applicazione della Convenzione italo-venezuelana, si allegano i formulari da utilizzare in caso di perizia medica da effettuarsi nei confronti di un lavoratore, assicurato ai sensi della normativa italiana, residente in territorio venezuelano.

Detto formulario stilato in lingua italiana e spagnola, concordato tra le parti ai fini di agevolare l'operatività della Convenzione, dovrà essere riprodotto dalle singole Unità operative dell'Istituto.

**All. n. 1 alla circ. n. 67/1995**

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE

CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO SEDE DI.....

N. pratica.....

CONVENZIONE ITALIA - VENEZUELA

PERIZIA MEDICA DETTAGLIATA

(ai sensi dell'art. 22 C.- art. 20 A.A.)

1 Istituzione

Denominazione: .....

Indirizzo (1):.....

.....

2 Persona esaminata

Cognome.....

Nome:.....

Cognome da nubile:..... Luogo di nascita:.....

Data di nascita:.....Sesso:.....

Cittadinanza:.....

Indirizzo (1):.....

Ultima attività esercitata:.....

Numero di matricola:.....

Numero della rendita:.....

Numero della pratica dell'Istituzione competente:.....

Data di presentazione della domanda di indennizzo:.....

Data di presentazione della domanda di revisione:.....

Lettera di incarico n.:..... del:.....

### 3 Referto del medico

Cognome:.....Nome:.....

Indirizzo (1):.....

Medico di controllo di:.....

### PARTE PRIMA-QUESTIONARIO

#### A. ANAMNESI

1. Antecedenti personali e familiari: .....

.....  
.....  
.....  
.....

2. Affezioni attuali (disturbi lamentati dall'interessato, inizio dell'affezione, evoluzione, terapie applicate fino ad oggi): .....

.....  
.....  
.....

#### B. ESAME OBIETTIVO

1. Stato generale

Statura..... Peso .....

Aspetto generale (senile, calmo, agitato, ecc.).....

Costituzione (forte, media, debole):.....

Portamento:.....Andatura:.....

Movimenti:.....

Muscolatura:.....

Colore delle mucose:.....

Stato di nutrizione:.....

Colorito (pallido, cianotico):.....

Stato della bocca e dei denti:.....

.....

2. Organi dei sensi

Udito:.....

Vista:.....

Olfatto:.....

3. Apparato respiratorio

(Vie respiratorie superiori, polmoni, perimetro toracico, aspetto del torace, esame macroscopico e microscopico dello espettorato, ricerca del B.K., esame radiologico, ecc.): .....

.....

.....

.....

.....

Referto dell'esame radiografico, con indicazione della data:

.....

.....

.....

.....

Altre indicazioni:.....

.....

.....

.....

4. Apparato circolatorio

Cuore, aorta, vasi (volume del cuore, auscultazione, polso, pressione arteriosa, dispnea, edemi, stato dei vasi periferici, varici, constatazioni radiologiche, ecc.): .....

.....

.....

.....

Prova della Pressione arteriosa	Respirazione	al Polso al minuto	Altre osservazioni
funzione cardiocircolatoria (R.R.)	minuto		dopo sforzo
dopo riposo prolungato			Dispnea?
			Si No
dopo flessioni delle gambe in .....secondi			In caso affermativo: cianosi labiale?

immediatamente  
dopo 2 minuti  
dopo 4 minuti  
dopo 6 minuti

Si No  
  
Extrasistole?  
  
Si No

altre perturbazioni del ritmo dopo sforzo? In caso  
extrasistole a riposo diventano più frequenti?

Si No

Osservazioni particolari:

più rare?

Si No

spariscono del tutto?

Si No

Referto dell'esame elettrocardiografico, con indicazione della data:

.....  
.....  
.....

Referto dell'esame oscillografico, con indicazione della data:.....

.....

### 5. Apparato digerente

(Parete addominale, ernia, palpazione dell'addome, cicatrici da interventi chirurgici, fegato, milza, gangli ecc.) .....

.....  
.....  
.....

Referto degli esami radiografici con ind. ne della data:

.....  
.....  
.....

### 6. Apparato locomotorio

(Ossa, muscoli, esame della conformazione e mobilita delle articolazioni e della colonna vertebrale, segno di Lasegue, misurazioni comparate degli arti, indicazione in gradi della eventuale riduzione dei movimenti articolari):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Apparato genito-urinario:

.....

Risultato degli esami delle urine e di altri eventuali esami (azotemia, pielografia, esame ginecologico, ecc.), con indicazione della data: .....

.....

.....

.....

8. Sistema nervoso e psiche (Riflessi pupillari e periferici, paresi, paralisi, disturbi importanti della sensibilità, osservazioni sullo stato psichico): .....

.....

.....

.....

Referto diagramma elettrodiagnostico o di elettroencefalogramma: .....

.....

.....

.....

9. Altri apparati e sistemi: .....

.....

.....

.....

10. Esame del sangue, con indicazione della data (tasso di emoglobina e di eritrociti, ecc.): .....

.....

.....

.....

11. Altri risultati di esami, con indicazione della data (velocità di sedimentazione, reazione per la diagnosi della sifilide, ecc.): .....

.....

.....

.....

Altri esami specifici sono: nec.ri non nec.ri

In caso affermativo quali? .....

.....

.....

Da: .....

Firma del medico .....

5

Istituzione che ha fatto effettuare l'esame medico

Denominazione: .....

Indirizzo: .....

Timbro Data .....

Firma .....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.

Esso deve essere trasmesso sempre completo in tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Via, numero, codice postale, località, Paese.

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

SEDE DI.....

N. de expediente.....

CONVENCION ITALIA - VENEZUELA

EVALUACION MEDICA DETALLADA

(segon lo establecido por el art. 22 Còdigo art. 20 A.A.)

1 Institucìon

Denominaciòn:.....

Direcciòn (1).....

.....

.....

2 Persona examinada

Apellido: .....

Nombre: .....

Apellido de soltera: .....Lugar de nacimiento: .....

Fecha de nacimiento: ..... Sexo: .....

Nacionalidad: .....

Direcció (1) .....  
Ultima actividad ejercida: .....  
Numero de matricula: .....  
Numero de renta: .....  
Numero de expediente de la Institució compet.: .....  
Fecha de presentació de la solicitud de indemnizació: .....  
Fecha de presentació de la solicitud de revisió: .....  
Carta de encargo n.: .....de: .....  
.....

3 Informe del medico

Apellido: .....Nombre: .....  
Direcció (1) .....  
Medico de control de: .....

PRIMERA PARTE - CUESTIONARIO

A. ANAMNESIS

1. Antecedentes personales y familiares:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Afecciones actuales (molestias lamentadas por el interesado, inicio de la afección, evolución, terapias aplicadas hasta ahora): .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

B. EXAMEN OBJETIVO

1. Estado general

Estatura: .....Peso: .....

Aspecto general (senil, tranquilo, agitado, etc): .....

Constitución (fuerte, media, debil): .....

Comportamiento: .....Inclinaciones: .....

Movimientos: .....

Musculatura: .....

Color de las mucosas: .....

Estado nutricional: .....

Color de la piel (palido, cianótico): .....

Estado de la boca y de los dientes: .....

.....

## 2. Organos de los sentidos

Oido: .....

Vista: .....

Olfato: .....

3. Aparato respiratorio (Vias respiratorias superiores, pulmones, perimetro toracico, aspecto del tórax, examen macroscópico y microscópico de la expectoración, bosqueda del B.K., examen radiológico, etc...): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informe del examen radiografico, con indicación de la fecha:

.....

.....

.....

.....

.....

Otras indicaciones: .....

.....

.....

.....

.....

4. Aparato circulatorio - Corazòn, aorta, vasos (volumen del corazòn, auscultaciòn, pulso, presiòn arterial, disnea, edemas, estado de los vasos perifericos, varices, constataciòn radiològicas, etc.):

.....  
.....  
.....

Prueba de la funciòn Presiòn Respira- Pulso Otras observa cardio-circulatoria arterial. cion.por por ciones depues

(R.R.) minuto mi.to de un esfuerzo

tras un reposo prolongado

Disnea?

· Si · No

tras flexiones de las piernas en .....segundos

En caso afirmativo:  
Cianosis labial ?

· Si · No

inmediatamente

despues de 2 min.

Extrasistole:

despues de 4 min.

· Si · No

despues de 6 min.

En caso de extrasistole  
reposo, se vuelven:

Otras perturbaciones del ritmo tras un en esfuerzo ? .....

Mas frecuentes?

.....

· Si · No

.....

.....

.....

menos frequen.?

Observaciones particulares: .....

· Si · No

desaparecen  
completamente?

.....

· Si · No

.....

.....

Informe del examen electrocardiografico, con indicaciòn de la fecha: .....

.....

.....

Informe del examen oscilografico, con indicaciòn de la fecha: .....

.....

5. Aparato digestivo

(Pared abdominal, hernia, palpaciòn del abdomen, cicatrices por intervenciones quirurgicas , hígado, bazo, ganglios,

etc.): .....

.....

.....

Informe de los exámenes radiograficos con indicación de la fecha: .....

.....

.....

6. Aparato locomotor

(Huesos, mosculos, examen de la configuración y de la movilidad de las articulaciones y de la columna vertebral, signo de Lasegue, medidas comparadas de los miembros articulados, indicación en grados de la eventual reducción de los movimientos articulares): .....

.....

.....

.....

.....

7. Aparato genito-urinario:

Resultado de los analisis de orina y de los otros eventuales analisis (azotemia, pielografia, examen ginecológico, ect..) con indicación de la fecha: .....

.....

.....

8. Sistema nervioso y psique

(Reflejos pupilares y perifericos, ligera paralisis muscular, paralisis, perturbaciones importantes de la sensibilidad, observaciones sobre el estado psiquico):

.....

.....

.....

informe diagrama electrodiagnostico o de electroence- falograma .....

.....

.....

9. Otros aparatos y sistemas:

.....

.....

10. Analisis de sangre, con indicación de la fecha (tasa de hemoglobina y de eritrocitos, etc.):

.....

.....

.....

11. Otros resultados de exámenes, con indicación de la fecha (velocidad de sedimentación, reacción para el diagnóstico de la sífilis, etc.): .....

.....

.....

.....

Otros exámenes específicos: ·son neces. ·no son necesar.

En caso afirmativo, cuales?: .....

.....

.....

4

Fecha: .....

Firma del medico: .....

5

Institución que ha prescrito el examen medico

Denominación: .....

Dirección: .....

Sello: .....Fecha: .....

Firma: .....

**ADVERTENCIAS**

El presente módulo debiera rellenarse en letras mayúsculas, utilizando únicamente las líneas de puntos para tal fin.

El mismo debe transmitirse en modo completo con todas las páginas, incluso en el caso en que una cualquiera de ellas no contuviera ninguna indicación.

**NOTAS**

(1) Calle, número, código postal, localidad, País.