|  |  |
| --- | --- |
| **Rapporto medico** | |
| **Dati relativi alla persona interessata:**  Cognome:  Nome:  Data di nascita:  Cittadinanza: | **Da inviare a:**  Segreteria di Stato della migrazione SEM |
| **Nome e indirizzo del medico:**  Cognome:  Nome:  Indirizzo: | **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 del ramo.**(https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/publiservice/service/formulare.html)

# 1. Constatazioni mediche

Esame del:  seguito dal:  trattamento sino al:

**1.1 Anamnesi**(Famiglia paese d’origine, 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?

**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

# Eventuali osservazioni del medico

La Segreteria di Stato della migrazione SEM vi prega di voler indicare con precisione gli eventuali rapporti medici emessi da ospedali o medici specialisti, alfine che possano essere richiesti da un esperto medico in caso di necessità.

Allegati :

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

**Vogliate per cortesia inviare il presente formulario per posta.**

**Distinti saluti.**

O Staatssekretariat für Migration, Quellenweg 6, 3003 Bern-Wabern

O Bundesasylzentrum Bern, Quellenweg 6, 3003 Bern

O Bundesasylzentrum Altstätten, Bleichemühlistrasse 6, 9450 Altstätten

O Bundesasylzentrum Basel, Freiburgstrasse 50, 4057 Basel

O Bundesasylzentrum Zürich, Förrlibuckstrasse 110, 8005 Zürich

O Centre fédéral pour requérants d'asile, Rue de l'Hôpital 60, 2017 Boudry

O Centro federale d'asilo, Via Milano 23, 6830 Chiasso