|  |
| --- |
| **Rapporto medico** |
| **Dati relativi alla persona interessata:**Cognome:      Nome:      Data di nascita:      Cittadinanza:       | **Da inviare a:****Staatssekretariat für Migration Bern** |
| **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.**

# 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

# 5. Possibilità di trattamento nel paese d’origine

Nel quadro della procedura, la Segreteria di Stato della migrazione esamina d’ufficio la questione delle possibilità di trattamento nel paese d’origine che possono essere completate da delle misure d’aiuto medico al rientro.

**5.1 Siete eventualmente a conoscenza di un medico o di una struttura medica che possa garantire il trattamento necessario nel paese d’origine?**

**[ ]**  sì **[ ]**  no

Se sì, nome e indirizzo esatti :

**5.2 Da un punto di vista medico, cosa sarebbe contrario ad un trattamento medico nel paese d’origine?**

# 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