Mod. ML/V

MINISTERO DELLA DIFESA
OSPEDALE MILITARE DI…….
COMMISSIONE MEDICA OSPEDALIERA

VERBALE MODELLO ML/V – N……..……IN DATA…….....

A RICHIESTA DEL MINISTERO DELLA SANITA'
CON LETTERA N…….DI PROTOCOLLO, DATATA……..

La sottoscritta Commissione si è riunita per (*) sottoporre a visita medica:
esaminare la pratica relativa a:

cognome…….……nome……..
nato il……..……..a……....(prov……) deceduto il…….....
residente a……..……..…via…….n.……...
documento di riconoscimento……..N……..……rilasciato
da……..in data……
allo scopo di esprimere il giudizio sanitario per il diritto all'indennizzo di cui alla Legge 25 febbraio 1992, n. 210.

ESAME CLINICO

VISITA MEDICA ESEGUITA IN DATA…….....
ANAMNESI: CON DOMANDA AGLI ATTI IL DIRETTO INTERESSATO……..
……..... ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ……
…… EREDE…….....
CHIEDE DI OTTENERE L'INDENNIZZO DI CUI ALLA PREDETTA LEGGE RITENENDO DI AVER SUBITO UN DANNO IRREVERSIBILE COSÌ COME RISULTA DAL QUADRO C DEL VERBALE……DAGLI ATTI RISULTA ESSERE STATO……..
POLITRASFUSO PER EMOPATIA CRONICA TRASFUSO PER EVENTO ACUTO…….
SOTTOPOSTO A VACCINAZIONE…… CONTAGIATO DA HIV A SEGUITO DI SOMMINISTRAZIONE DI SANGUE DI SUOI DERIVATI
OPERATORE SANITARIO CONTAGIATO DA SOGGETTI AFFETTI DA INFEZIONE DA HIV……...
……
PERCHÉ AFFETTO DA……...
IN DATA……È RISULTATO POSITIVO AL RILEVAMENTO SIEROLOGICO DEL….. ……...
HBSAG HCV HIV…….
DATA DIAGNOSI DI EPATOPATIA IRREVERSIBILE……...
STATO ATTUALE:……..
……
……
……
……
ESAME OBIETTIVO: CONDIZIONI GENERALI: BUONE DISCRETE SCADUTE…….....
PESO:……STATURA:…….
SENSORIO: INTERO OBNUBILATO……DECUBITO: INDIFFERENTE…….
CUTE EMUCOSE VISIBILI:……..…PANNICOLO ADIPOSO:……...
STATO DI NUTRIZIONE E SANGUIFICAZIONE: BUONO DISCRETO SCADUTO……..
……
CAPO: NORMOCONFORMATO. GLOBI OCULARI IN ASSE. PUPILLE ISOCORICHE ED ISOCICLICHE NORMOREAGENTI ALLA…… LUCE E ALLA ACCOMODAZIONE……...

(*) Barrare la casella che interessa

……
……
……
……
……
……

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

GIUDIZIO DIAGNOSTICO: .....

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

Si da atto che è presente il MEDICO DI FIDUCIA: DOTT……...……...
Iscrizione Ordine dei Medici N…….....Provincia di…….……, che (*)…….....ha formulato osservazioni

---

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

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

CONSIDERANDO CHE RISULTA AGLI ATTI COME L'INTERESSATO È STATO SOTTOPOSTO A EMOTRASFUSIONE VACCINAZIONE SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI CONTATTO CON IL SANGUE E DERIVATI IN OCCASIONE DI ATTIVITA' DI SERVIZIO……..
QUESTA C.M.O. RITIENE CHE LA INFERMITA' DI CUI AL QUADRO A POSSA ESSERE CONSIDERATA:……..

DI TIPO POST-TRASFUSIONALE……...

DIRETTA CONSEGUENZA DELA TERAPIA PRATICATA DIRETTA CONSEGUENZA DEL CONTAGIO SUBITO……

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

(*) Si o no (n).

QUADRO A

1) GIUDIZIO SUL NESSO DI CAUSALITA':

(*)……esiste nesso causale tra (**) VACINAZIONE — TRASFUSIONE SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI CONTATTO CON IL SANGUE E DERIVATI IN OCCASIONE DI ATTIVITA' DI SERVIZIO

Con la/e infermità, lesione/i o morte……..
……

2) GIUDIZIO DI AGGRAVAMENTO:

La infermità o morte.……
……
costituisce (*) ……AGGRAVAMENTO dell'infermità o lesione:……
……
già riconosciuta con VERBALE N……in data…….del……
……di……

3) GIUDIZIO DI TEMPESTIVITA' DELLA DOMANDA:

La domanda…….……è stata presentata nei termini di legge.

QUADRO C

4) GIUDIZIO DI ASCRIVIBILITA' TABELLARE:

Dalla/e infermità o lesione/i di cui ai punti 1) o 2) del precedente QUADRO A è derivata la seguente MENOMAZIONE PERMANENTE DELL'INTEGRITA' PSICO-FISICA:……..……
……
……
……
ASCRIVIBILE ALLA…….....CATEGORIA della tabella A, allegata al D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834, n.8

QUADRO G

ALTRI GIUDIZI MEDICO-LEGALI:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

(*) Si o No (n). (**) Barrare la casella che interessa.

IL GIUDIZIO DI CUI AI QUADRI ❙❙❙❙❙❙❙❙❙❙❙ sono stati espressi ad UNANIMITA' di voti

| | | | | | | | | | | | sono stati espressi a MAGGIORANZA di voti

…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….

LA COMMISSIONE

……..……SPECIALISTA (con voto consultivo)

….……(Membro) ……..……(Membro)

..…….(Presidente)

NOTE PER LA COMPILAZIONE

(1) Deve indicata la data di definizione del verbale.
(2) Allegare eventuali osservazioni formulate dal medico di fiducia debitamente sottoscritte dallo stesso.
(3) Indicare la infermità causa del decesso.
(4) C.M.O. ed Ente Sanitario Militare o U.L.M. (Ufficio Medico Legale) del Ministero della Sanità che ha riconosciuto il nesso di causalità.
(5) Indicare la menomazione permanente dell'integrità psico-fisica; in assenza di menomazione ovvero el caso in cui la stessa sia giudicata "NON ASCRIVIBILE", riportare tale dicitura ed annullare il successivo spazio relativo all'indicazione della categoria.
(6) Impiegare per ogni altro giudizio medico-legale richiesto, per il quale non è consentito utilizzare i precedenti quadri.
(7) Riportare le lettere dei quadri compilati.
(8) Riportare la motivazione del membro dissenziente e/o i motivi per quali la commissione non ha condiviso le eventuali osservazioni formulate dal medico di fiducia.