

centrelink

TDR

Patient's details
Dati del/della paziente

Name
Nome

Address
Indirizzo

Country
Paese

Date of birth
Data di nascita

 Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

Customer Centrelink Reference Number
Codice Centrelink dell'utente

 - - -

Instructions for the patient / Istruzioni per il/la paziente

This report will be used to assist in determining if you are medically eligible for an Australian Disability Support Pension. Only use this form for medical assessments if you are outside of Australia.

Questo referto sarà utilizzato al fine di stabilire se sotto il profilo clinico Lei presenta i requisiti richiesti per l'erogazione della pensione d'invalidità civile australiana. Usi questo modulo solo per accertamenti medici se Lei si trova fuori dell'Australia.

What you should do
Che cosa deve fare

You should take this report to your treating doctor. Please let your doctor know at the time of making the appointment that you require this report to be completed to assess your eligibility for an Australian Disability Support Pension. You are responsible for any costs in obtaining this report.

You will need to get the completed form from your doctor and return it to International Services in Australia unless your doctor returns it for you.

Lei dovrà portare questo modulo al Suo medico curante. Quando prenoterà la visita, dovrà chiedere al medico di compilare questo modulo che servirà a stabilire se Lei ha diritto a ricevere la pensione d'invalidità civile australiana. Le eventuali spese per il rilascio del referto saranno a Suo carico.

Dovrà far compilare il modulo dal Suo medico e farlo pervenire a International Services in Australia a meno che il Suo medico non provveda a farlo per Lei.

Continued ►
Continua



CLK0AUS109IT 2011

Privacy and your personal information

La privacy e i dati personali che La riguardano

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We need to collect this information so we can process and manage your applications and payments, and provide services to you. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicessaustralia.gov.au/privacy

La riservatezza e la sicurezza dei Suoi dati personali sono importanti per noi e sono protette ai sensi di legge. Dobbiamo raccogliere tali dati in modo da poter evadere e gestire le Sue domande e le Sue prestazioni pecuniarie e prestarLe i nostri servizi. Noi condividiamo i Suoi dati con altre parti previo il Suo consenso o dove la legge lo consente o lo richiede. Per maggiori informazioni, visiti il sito servicessaustralia.gov.au/privacy

Authority to release information

Autorizzazione alla richiesta e divulgazione di informazioni

- I authorise Services Australia and/or the medical assessor to obtain any medical information necessary to decide my qualification for pension – from my doctor(s), other health professionals and public or private health facilities I have visited.
- I authorise Services Australia and/or the medical assessor to obtain any information necessary to decide my qualification for pension from any public or private education facilities I have attended or am currently attending.
- I consent to the release by Services Australia of relevant information in this report to service providers to whom I may be referred by Services Australia.
- I consent to any decision of Services Australia to refer me for any further required assessment, upon the recommendation of the medical assessor.
- Autorizzo Services Australia e/o il perito medico a ottenere eventuali informazioni di carattere medico necessarie a decidere la mia idoneità ai fini della pensione dai miei medici, altri operatori sanitari e strutture sanitarie pubbliche o private che io ho visitato.
- Autorizzo Services Australia e/o il perito medico a ottenere eventuali informazioni necessarie a decidere la mia idoneità ai fini della pensione da qualsiasi struttura didattica pubblica o privata che ho frequentato o che sto frequentando.
- Acconsento al rilascio da parte di Services Australia di informazioni pertinenti contenute in questa relazione agli erogatori di servizi ai quali potrei essere segnalato/a da Services Australia.
- Acconsento a qualsiasi decisione da parte di Services Australia di rimettermi a eventuali altri accertamenti indicati dal perito medico.

Patients signature
Firma del/della paziente



Date
Data

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

About this report

This report will be used to assist in determining if your patient is medically eligible for an Australian Disability Support Pension.

Payment for your report

We have asked your patient to let you know at the time of making their appointment that they require you to complete this form. This is to ensure you have sufficient time for the examination. Your patient has been informed that they are responsible for any costs in obtaining this report.

Completing this report

In this report you will be asked to provide clinical details of the patient's medical conditions. Please complete all the required parts of the form.

Your patient's impairment is to be assessed when they are using or wearing any aids, equipment or assistive technology that they have and usually use (e.g. hearing aids, spectacles, contact lenses or prostheses).

Returning the report to us

Please return this report and any attachments as soon as possible directly to us, or if you prefer, you can give the report and any attachments to your patient to return to us.

About the information that you give us

Confidentiality of Information

The personal information that is provided to you for the purpose of this report must be kept confidential under section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*. It cannot be disclosed to anyone else unless authorised by law.

There are penalties for offences against section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*.

Release of information

The *Freedom of Information Act 1982* allows for the disclosure of medical or psychiatric information directly to the individual concerned. If there is any information which, if released to your patient, may harm his or her physical or mental well-being, Services Australia can contact you. Please indicate at PART i if you wish Services Australia to contact you. Similarly please specify any other special circumstances which should be taken into account.

Privacy and your personal information

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We collect this information to provide payments and services. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicesaustralia.gov.au/privacy

Istruzioni per il medico

Informazioni sul presente referto

Questo referto sarà utilizzato al fine di stabilire se sotto il profilo clinico il/la Suo/a paziente presenta i requisiti per l'erogazione della pensione d'invalidità civile australiana.

Corrispettivo per la compilazione del referto

Abbiamo dato indicazione al/alla Suo/a paziente di informarLa della necessità di compilare questo modulo al momento in cui Le richiederà un appuntamento. Questa informazione preventiva ha lo scopo di lasciarLe il tempo necessario per l'esame del documento. Il/la Suo/a paziente è consapevole che gli eventuali costi per la compilazione del referto sono a suo carico.

Compilazione del referto

In questo referto Le sarà chiesto di indicare le informazioni relative alle condizioni cliniche del/della paziente. La preghiamo di compilare il modulo in tutte le sue parti.

Il grado di disabilità del/della paziente deve essere stabilito laddove utilizzi o indossi ausili, dispositivi o tecnologie assistive o ne abbia fatto uso o le abbia indossate in passato (per ausili si intendono ad esempio apparecchi acustici, occhiali da vista, lenti a contatto o protesi).

Restituzione del referto al nostro dipartimento

La preghiamo di restituire quanto prima il presente referto e tutti gli allegati direttamente a noi oppure, in alternativa, di consegnare il referto e i relativi allegati al/alla paziente che provvederà a farceli pervenire.

**Indicazioni sulle
informazioni fornite**

Riservatezza delle informazioni

I dati personali che Le sono comunicati ai fini della compilazione del presente modulo, devono essere mantenuti riservati ai sensi della sezione 202 del *Social Security (Administration) Act 1999* e non possono essere trasmessi a nessuna terza parte se non diversamente previsto dalla legge.

Sono previste sanzioni a carico di chi contravvenga alle disposizioni dell'articolo 202 della *Social Security (Administration) Act 1999*.

Rilascio di informazioni

La *Freedom of Information Act 1982* consente il rilascio di dati di carattere medico o psichiatrico direttamente al soggetto interessato. Se vi sono informazioni che, se rilasciate al Suo paziente, potrebbero nuocere al suo benessere fisico o mentale, Services Australia può contattarLa. Indichi alla PART i se Lei desidera che Services Australia La contatti. Similmente indichi altre situazioni speciali di cui si dovrebbe tenere conto.

La privacy e i Suoi dati personali

La riservatezza e la sicurezza dei Suoi dati personali sono importanti per noi e tali dati sono protetti dalla legge. Noi raccogliamo tali dati per erogare prestazioni pecuniarie e servizi. Noi condividiamo i dati che La riguardano a parti terze solo previo il Suo consenso o quando la legge lo permette o lo richiede. Per maggiori informazioni, visiti il sito servicesaustralia.gov.au/privacy

3 The diagnosis is:
La diagnosi è:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Confermata Chi ha confermato la diagnosi?

Name

Nome

Qualifications

Qualifiche

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Presunta Sono previste ulteriori indagini/accertamenti a conferma della diagnosi?

No

No

Yes

Sì

4 What was the date of diagnosis?

In quale data è stata effettuata la diagnosi?

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

5 What was the date of onset of symptoms (if known)?

In quale data sono comparsi i sintomi (se noto)?

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

6 What is the prognosis of this condition?

Give a timeframe, if applicable.

Qual è la prognosi della malattia?

Inserire un intervallo di tempo, se pertinente.

Treatment / Terapia

7 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Quale opzione terapeutica è attualmente adottata per questa patologia (ad esempio ricovero, intervento chirurgico, terapia farmacologica, terapia fisica, riabilitazione, terapia del dolore)?

Fornire indicazioni specifiche (ad esempio la data d'inizio, la frequenza e la durata della terapia o della riabilitazione, il tipo e la dose dei farmaci).

- 16** Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
 Informazioni sul modo in cui attualmente la patologia incide sulla capacità funzionale del soggetto **nonostante** la terapia, gli ausili, i dispositivi o la tecnologia assistiva:
- A** Can the patient complete physically active tasks around their home and community without difficulty?
 Il/la paziente è in grado di portare a termine senza difficoltà mansioni che lo/la impegnino fisicamente in casa o all'interno della propria comunità? No Yes
 No Sí
- B** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities?
 Il/la paziente è in grado di recarsi a piedi (o spostarsi in maniera autonoma su una sedia a rotelle) presso le strutture di zona? No Yes
 No Sí
- C** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities without stopping to rest?
 Il/la paziente è in grado di recarsi a piedi (o spostarsi in maniera autonoma su una sedia a rotelle) presso le strutture di zona senza fermarsi per riposare? No Yes
 No Sí
- D** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) from a carpark into a shopping centre or building without assistance?
 Il/la paziente è in grado di camminare (o spostarsi in maniera autonoma su una sedia a rotelle) dal parcheggio fino a un centro commerciale o un edificio senza necessità di assistenza? No Yes
 No Sí
- E** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) around a shopping centre without assistance?
 Il/la paziente è in grado di camminare (o spostarsi in maniera autonoma su una sedia a rotelle) all'interno di un'area commerciale senza necessità di assistenza? No Yes
 No Sí
- F** Can the patient climb a flight of stairs or mobilise in a wheelchair up a long, sloping ramp?
 Il/la paziente è in grado di salire a piedi una rampa di scale o di salire con la sedia a rotelle su una rampa lunga e inclinata? No Yes
 No Sí
- G** Can the patient use public transport without assistance?
 Il/la paziente è in grado di utilizzare i mezzi di trasporto pubblici senza necessità di aiuto? No Yes
 No Sí
- H** Is the patient physically capable of performing light household activities (e.g. folding and putting away laundry)?
 Il/la paziente è fisicamente in grado di svolgere mansioni casalinghe non impegnative (ad esempio piegare e riporre la biancheria)? No Yes
 No Sí
- I** Can the patient perform day to day household activities without difficulty (e.g. changing sheets on a bed or sweeping paths)?
 Il/la paziente è in grado di svolgere le quotidiane mansioni casalinghe senza difficoltà (ad esempio cambiare le lenzuola o spazzare i pavimenti)? No Yes
 No Sí
- J** Can the patient move around inside the home without assistance?
 Il/la paziente è in grado di spostarsi all'interno della propria casa senza aiuto? No Yes
 No Sí
- K** Does the patient require oxygen treatment during the day or to move around?
 Il/la persona necessita della somministrazione di un supplemento d'ossigeno durante il giorno o per muoversi? No Yes
 No Sí

L Describe any other impacts.
 Descrivere qualunque altro effetto.

17 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
 La malattia si ripercuote sulla capacità di lavorare e di svolgere attivamente le mansioni lavorative oppure inerenti all'istruzione o alla formazione?

- No *Go to next question*
 No *Passare alla domanda successiva*
- Yes *Give details below*
 Sì *Inserire le informazioni di seguito*

18 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
 Si prevede che l'impatto di questa patologia sulle capacità funzionali del/della paziente possa protrarsi per:

- Less than 3 months *meno di 3 mesi* 3-24 months *da 3 a 24 mesi* More than 24 months *oltre 24 mesi*

19 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
 Si prevede che nei prossimi 2 anni l'impatto di questa patologia sulle capacità funzionali del/della paziente:

- Resolve
 scompaia
- Significantly improve *diminuisca in maniera significativa*
- Slightly improve
 diminuisca leggermente
- Fluctuate
 abbia un andamento fluttuante
- Remain unchanged
 si mantenga invariato
- Deteriorate
 aumenti
- Uncertain
 non valutabile

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months. Specificare come si prevede evolva la capacità funzionale del/della paziente nei 24 mesi a venire.

20 Is this condition episodic or fluctuating?
 La malattia ha un andamento episodico o fluttuante?

- No *Go to next question*
 No *Passare alla domanda successiva*
- Yes *Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.*
 Sì *Descrivere la frequenza, la durata e la severità degli episodi oppure descrivere in che modo si manifesta l'andamento fluttuante. Includere un commento sulla capacità lavorativa durante e tra gli episodi o i sintomi fluttuanti.*

30 How effective is current treatment?
Describe response to treatment and degree of control of symptoms.
Qual è l'efficacia della terapia attuale?
Descrivere la risposta alla terapia e il grado di controllo dei sintomi.

31 Describe any adverse effects of treatment, including severity.
Descrivere la risposta alla terapia e il grado di controllo dei sintomi.

32 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Quale opzione terapeutica è stata adottata in passato (ad esempio ricovero, intervento chirurgico, terapia farmacologica, terapia fisica, riabilitazione, terapia del dolore)?
Fornire indicazioni specifiche (ad esempio la data d'inizio, la frequenza e la durata della terapia o della riabilitazione, il tipo e la dose dei farmaci).

33 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?
Il/la paziente indossa o utilizza ausili, dispositivi o tecnologie assistive per questa patologia?

No *Go to next question*
No *Passare alla domanda successiva*
Yes *Give details below*
Sì *Inserire le informazioni di seguito*

34 Is any future treatment planned for this condition?
Si prevede un futuro trattamento di questa patologia?

No **Go to 36**
No **Passare alla domanda 36**
Yes Give details below
Sì **Inserire le informazioni di seguito**

35 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Quale tipo di beneficio si prevede possa apportare tale futuro trattamento?
Descrivere nel dettaglio il miglioramento dei sintomi e della capacità funzionale.

36 Indicate compliance with recommended treatment:
Indicare l'aderenza alla terapia raccomandata:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Aderenza elevata Aderenza costante Aderenza sporadica Non valutabile

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Descrivere nel dettaglio i problemi correlati all'accesso o all'adozione della terapia idonea che condizionino il livello di aderenza del/della paziente.

Current symptoms / Sintomatologia attuale

37 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Quali sono i sintomi che persistono attualmente **nonostante** la terapia, gli ausili, i dispositivi o la tecnologia assistiva?
Fornire indicazioni specifiche e includere severità, frequenza e durata dei sintomi.

<p>38 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function despite treatment, aids, equipment or assistive technology:</p> <p>Note: Answers should reflect limitations from the spinal condition only. Answers should NOT reflect limitations from any other condition (e.g. an upper or lower limb condition). Informazioni sul modo in cui attualmente la patologia incide sulla capacità funzionale del soggetto nonostante la terapia, gli ausili, i dispositivi o la tecnologia assistiva: Nota: le risposte devono riferire unicamente le limitazioni prodotte dalla patologia spinale e NON le limitazioni dovute a qualunque altra affezione (ad esempio un'afezione che interessi gli arti superiori o inferiori).</p>	<p>A Is there any restriction of forward flexion of the thoracolumbar spine? Il/la paziente presenta una limitazione del movimento di flessione in avanti del tratto toracolombare della colonna vertebrale?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to E No <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte E</i> Yes <input type="checkbox"/> Go to B Sì <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte B</i></p>
	<p>B Can the patient bend to knee level and straighten up again without difficulty? Il/la paziente è in grado di chinarsi in avanti fino al livello delle ginocchia e rialzarsi senza difficoltà?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>C Can the patient bend forward to pick up a light object at knee height? Il/la paziente è in grado di chinarsi in avanti per raccogliere un oggetto leggero all'altezza delle ginocchia?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>D Can the patient bend forward to pick up a light object from a desk or table? Il/la paziente è in grado di chinarsi in avanti per prendere un oggetto leggero da un banco o da un tavolo?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>E Is there any restriction of thoracolumbar spine rotation? Il/la paziente presenta una limitazione del movimento di rotazione del tratto toracolombare della colonna vertebrale?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>F Is there any restriction of cervical spine rotation or extension? Il/la paziente presenta una limitazione del movimento di rotazione o estensione del tratto cervicale della colonna vertebrale?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to K No <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte K</i> Yes <input type="checkbox"/> Go to G Sì <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte G</i></p>
	<p>G Can the patient perform any overhead activities? Il/la paziente è in grado di eseguire movimenti al di sopra del livello delle spalle?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>H Can the patient perform overhead activities without difficulty? Il/la paziente è in grado di eseguire movimenti al di sopra del livello delle spalle senza difficoltà?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>I Does the patient have some difficulty with overhead activities? Il/la paziente ha qualche difficoltà a eseguire movimenti al di sopra del livello delle spalle?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>J Can the patient sustain overhead activities? Il/la paziente è in grado di eseguire movimenti prolungati al di sopra del livello delle spalle?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>K Is there restriction of some or all cervical spine movements? Il/la paziente presenta limitazioni di alcuni o di tutti i movimenti del tratto cervicale della colonna vertebrale?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to P No <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte P</i> Yes <input type="checkbox"/> Go to L Sì <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte L</i></p>
	<p>L Does the patient have some difficulty with cervical spine movements? Il/la paziente ha qualche difficoltà nel movimento del tratto cervicale della colonna vertebrale?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>M Does the patient have difficulty with cervical spine movements in all directions? Il/la paziente ha qualche difficoltà a muovere il tratto cervicale della colonna vertebrale in tutte le direzioni?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>N Is there complete loss of cervical spine rotation? Il/la paziente presenta una perdita totale del movimento di rotazione del tratto cervicale della colonna vertebrale?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>O Is there complete loss of cervical spine forward flexion? Il/la paziente presenta una perdita totale del movimento di flessione in avanti del tratto cervicale della colonna vertebrale?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>P Is the patient able to remain seated for more than 30 minutes? Il/la paziente è in grado di restare seduto/a per più di 30 minuti?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to Q No <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte Q</i> Yes <input type="checkbox"/> Go to R Sì <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte R</i></p>
	<p>Q Is the patient able to remain seated for more than 10 minutes? Il/la paziente è in grado di restare seduto/a per più di 10 minuti?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>R Is the patient able to get up out of a chair without assistance? Il/la paziente è in grado di alzarsi da una sedia senza aiuto?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>

S Does the patient have sufficient spinal movement to complete basic activities of daily living (e.g. dressing, bathing, showering or light housework)?
No Yes
No Sì
Il/la paziente è in grado di muovere la colonna vertebrale nella misura sufficiente a svolgere le attività essenziali della vita quotidiana (ad esempio vestirsi, fare il bagno, fare la doccia o eseguire lavori di casa non pesanti)?

T Is the patient completely unable to perform activities involving spinal function?
No Yes
No Sì
Il/la paziente è completamente incapace di eseguire attività che implicino il movimento della colonna vertebrale?

U Describe any other impacts.
Descrivere qualunque altro effetto.

39 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
La malattia si ripercuote sulla capacità di lavorare e di svolgere attivamente le mansioni lavorative oppure inerenti all'istruzione o alla formazione?

No *Go to next question*
No *Passare alla domanda successiva*
Yes *Give details below*
Sì *Inserire le informazioni di seguito*

40 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Si prevede che l'impatto di questa patologia sulle capacità funzionali del/della paziente possa protrarsi per:

Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
meno di 3 mesi da 3 a 24 mesi oltre 24 mesi

41 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Si prevede che nei prossimi 2 anni l'impatto di questa patologia sulle capacità funzionali del/della paziente:

- Resolve
scompaia
- Significantly improve **►**
diminuisca in maniera significativa
- Slightly improve
diminuisca leggermente
- Fluctuate
abbia un andamento fluttuante
- Remain unchanged
si mantenga invariato
- Deteriorate
aumentati
- Uncertain
non valutabile

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Specificare come si prevede evolva la capacità funzionale del/della paziente nei 24 mesi a venire.

42 Is this condition episodic or fluctuating?

La malattia ha un andamento episodico o fluttuante?

No Go to next question

No Passare alla domanda successiva

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Descrivere la frequenza, la durata e la severità degli episodi oppure descrivere in che modo si manifesta l'andamento fluttuante. Includere un commento sulla capacità lavorativa durante e tra gli episodi o i sintomi fluttuanti.

Other information / Altre informazioni

43 History of this condition.

Provide details of underlying causes and contributing factors.

Anamnesi patologica.

Specificare in maniera dettagliata le cause di fondo e i fattori che hanno contribuito all'insorgere della malattia.

44 Provide any additional comments about this condition.

Fornire ogni eventuale ulteriore commento sulla patologia.

56 Is any future treatment planned for this condition?
Si prevede un futuro trattamento di questa patologia?

No **Go to 58**
No **Passare alla domanda 58**
Yes Give details below
Sì **Inserire le informazioni di seguito**

57 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Quale tipo di beneficio si prevede possa apportare tale futuro trattamento?
Descrivere nel dettaglio il miglioramento dei sintomi e della capacità funzionale.

58 Indicate compliance with recommended treatment:
Indicare l'aderenza alla terapia raccomandata:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Aderenza elevata Aderenza costante Aderenza sporadica Non valutabile

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Descrivere nel dettaglio i problemi correlati all'accesso o all'adozione della terapia idonea che condizionino il livello di aderenza del/della paziente.

Current symptoms / Sintomatologia attuale

59 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Quali sono i sintomi che persistono attualmente **nonostante** la terapia, gli ausili, i dispositivi o la tecnologia assistiva?
Fornire indicazioni specifiche e includere severità, frequenza e durata dei sintomi.

60 Which limb is affected?
Qual è l'arto interessato?

Left Right
Sinistro Destro

61 Is the patient left or right dominant?
Il/la paziente è sinistrorso/a o destrorso/a?

Left Right
Sinistrorso/a Destorso/a

62 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
 Informazioni sul modo in cui attualmente la patologia incide sulla capacità funzionale del soggetto **nonostante** la terapia, gli ausili, i dispositivi o la tecnologia assistiva:

A Can the patient pick up, handle, manipulate and use most objects encountered on a daily basis without difficulty?
 Il/la paziente è in grado di sollevare, maneggiare, manipolare e utilizzare la maggioranza degli oggetti con cui viene a contatto giornalmente senza difficoltà? No Yes
 No Sì

B Can the patient pick up heavier objects without difficulty (e.g. a 2 litre carton of liquid or a full shopping bag)?
 Il/la paziente è in grado di sollevare oggetti più pesanti senza difficoltà (ad esempio un cartone di liquidi da 2 litri oppure una borsa piena della spesa)? No Yes
 No Sì

C Can the patient handle very small objects without difficulty (e.g. coins)?
 Il/la paziente è in grado di maneggiare oggetti molto piccoli senza difficoltà? No Yes
 No Sì

D Can the patient do up buttons without difficulty?
 Il/la paziente è in grado di allacciarsi i bottoni senza difficoltà? No Yes
 No Sì

E Can the patient reach up or out to pick up objects without difficulty?
 Il/la paziente è in grado di raggiungere o prendere gli oggetti senza difficoltà? No Yes
 No Sì

F Can the patient pick up a 1 litre carton of liquid without difficulty?
 Il/la paziente è in grado di sollevare un cartone di liquidi da 1 litro senza difficoltà? No Yes
 No Sì

G Can the patient pick up light objects using 2 hands together without difficulty?
 Il/la paziente è in grado di sollevare gli oggetti leggeri con entrambe le mani senza difficoltà? No Yes
 No Sì

H Can the patient hold and use a pen or pencil without difficulty?
 Il/la paziente è in grado di tenere in mano e utilizzare una penna o una matita senza difficoltà? No **Go to I**
 No *Passare alla parte I*
 Yes **Go to J**
 Sì *Passare alla parte J*

I The degree of difficulty to hold and use a pen or pencil is (tick one): Mild Moderate Severe
 lieve moderato severo
 Il grado di difficoltà nel tenere in mano e utilizzare una penna o una matita è (spuntare una risposta):

J Can the patient use a standard keyboard without difficulty?
 Il/la paziente è in grado di utilizzare una tastiera standard senza difficoltà? No **Go to K**
 No *Passare alla parte K*
 Yes **Go to L**
 Sì *Passare alla parte L*

K Can the patient use a computer keyboard with appropriate adaptations without difficulty?
 In caso negativo, il/la paziente è in grado di utilizzare una tastiera di computer debitamente adattata senza difficoltà? No Yes
 No Sì

L Can the patient unscrew a lid on a soft-drink bottle without difficulty?
 Il/la paziente è in grado di aprire il tappo di una bibita senza difficoltà? No Yes
 No Sì

M Does the patient have an amputation rendering a hand or arm non-functional?
 Il/la paziente presenta un'amputazione che compromette la funzionalità di una mano o di un braccio? No Yes
 No Sì

N Does the patient have limited movement or coordination in either their hands or arms severely limiting activities (**Note:** Both hands or both arms)?
 Il/la paziente presenta una limitazione dei movimenti o della coordinazione di mani o braccia? (**Nota:** entrambe le mani o entrambe le braccia)? No Yes
 No Sì

O Does the patient use or wear any prosthesis or assistive device?
 Il/la paziente utilizza o indossa una protesi o un ausilio? No **Go to R**
 No *Passare alla parte R*
 Yes **Go to P**
 Sì *Passare alla parte P*

P Is there any difficulty handling, moving or carrying most objects?
 Ha difficoltà a maneggiare, spostare o trasportare la maggioranza degli oggetti? No **Go to R**
 No *Passare alla parte R*
 Yes **Go to Q**
 Sì *Passare alla parte Q*

Q The degree of difficulty handling, moving or carrying most objects is (tick one): Mild Moderate Severe
lieve moderato severo
Il grado di difficoltà a maneggiare, spostare o trasportare la maggioranza degli oggetti è (spuntare una risposta):

R Can the patient turn the pages of a book without difficulty and without assistance? No **Go to S**
No *Passare alla parte S*
Il/la paziente è in grado di sfogliare le pagine di un libro senza difficoltà e senza aiuto? Yes **Go to T**
Sì *Passare alla parte T*

S The degree of difficulty turning the pages of a book without assistance is (tick one): Mild Moderate Severe
lieve moderato severo
Il grado di difficoltà a sfogliare le pagine di un libro senza aiuto è (spuntare una risposta):

T Does the patient have no capacity to use either their hands or arms (Note: Both hands or both arms)? No Yes
No Sì
Il/la paziente è impossibilitato/a a utilizzare mani o braccia (Nota: entrambe le mani o entrambe le braccia)?

U Describe any other impacts.
Descrivere qualunque altro effetto.

63 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities? No **Go to next question**
No *Passare alla domanda successiva*
La malattia si ripercuote sulla capacità di lavorare e di svolgere attivamente le mansioni lavorative oppure inerenti all'istruzione o alla formazione? Yes Give details below
Sì *Inserire le informazioni di seguito*

64 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for: Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
meno di 3 mesi da 3 a 24 mesi oltre 24 mesi
Si prevede che l'impatto di questa patologia sulle capacità funzionali del/della paziente possa protrarsi per:

65 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
 Si prevede che nei prossimi 2 anni l'impatto di questa patologia sulle capacità funzionali del/della paziente:

- Resolve
scompaia
- Significantly improve
diminuisca in maniera significativa
- Slightly improve
diminuisca leggermente
- Fluctuate
abbia un andamento fluttuante
- Remain unchanged
si mantenga invariato
- Deteriorate
aumenti
- Uncertain
non valutabile

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
 Specificare come si prevede evolva la capacità funzionale del/della paziente nei 24 mesi a venire.

66 Is this condition episodic or fluctuating?
 La malattia ha un andamento episodico o fluttuante?

No *Go to next question*
 No *Passare alla domanda successiva*

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Descrivere la frequenza, la durata e la severità degli episodi oppure descrivere in che modo si manifesta l'andamento fluttuante. Includere un commento sulla capacità lavorativa durante e tra gli episodi o i sintomi fluttuanti.

Other information / Altre informazioni

67 History of this condition.
 Provide details of underlying causes and contributing factors.
 Anamnesi patologica.
 Specificare in maniera dettagliata le cause di fondo e i fattori che hanno contribuito all'insorgere della malattia.

68 Provide any additional comments about this condition.
 Fornire ogni eventuale ulteriore commento sulla patologia.

71 The diagnosis is:
La diagnosi è:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Confermata Chi ha confermato la diagnosi?

Name

Nome

Qualifications

Qualifiche

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Presunta Sono previste ulteriori indagini/accertamenti a conferma della diagnosi?

No

No

Yes

Sì

72 What was the date of diagnosis?

In quale data è stata effettuata la diagnosi?

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

73 What was the date of onset of symptoms (if known)?

In quale data sono comparsi i sintomi (se noto)?

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

74 What is the prognosis of this condition?

Give a timeframe, if applicable.

Qual è la prognosi della malattia?

Inserire un intervallo di tempo, se pertinente.

Treatment / Terapia

75 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Quale opzione terapeutica è attualmente adottata per questa patologia (ad esempio ricovero, intervento chirurgico, terapia farmacologica, terapia fisica, riabilitazione, terapia del dolore)?

Fornire indicazioni specifiche (ad esempio la data d'inizio, la frequenza e la durata della terapia o della riabilitazione, il tipo e la dose dei farmaci).

80 Is any future treatment planned for this condition?
Si prevede un futuro trattamento di questa patologia?

No **Go to 82**
No **Passare alla domanda 82**
Yes Give details below
Sì **Inserire le informazioni di seguito**

81 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Quale tipo di beneficio si prevede possa apportare tale futuro trattamento?
Descrivere nel dettaglio il miglioramento dei sintomi e della capacità funzionale.

82 Indicate compliance with recommended treatment:
Indicare l'aderenza alla terapia raccomandata:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Aderenza elevata Aderenza costante Aderenza sporadica Non valutabile

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Descrivere nel dettaglio i problemi correlati all'accesso o all'adozione della terapia idonea che condizionino il livello di aderenza del/della paziente.

Current symptoms / Sintomatologia attuale

83 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Quali sono i sintomi che persistono attualmente **nonostante** la terapia, gli ausili, i dispositivi o la tecnologia assistiva?
Fornire indicazioni specifiche e includere severità, frequenza e durata dei sintomi.

<p>84 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function despite treatment, aids, equipment or assistive technology: Informazioni sul modo in cui attualmente la patologia incide sulla capacità funzionale del soggetto nonostante la terapia, gli ausili, i dispositivi o la tecnologia assistiva:</p>	<p>A Does the patient have difficulty walking? Il/la paziente ha difficoltà a camminare?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to I No <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte I</i> Yes <input type="checkbox"/> Go to B Sì <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte B</i></p>
	<p>B Can the patient walk to local facilities without difficulty? Il/la paziente è in grado di raggiungere a piedi le strutture della sua zona senza difficoltà?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>C Can the patient walk without difficulty around a shopping mall or supermarket without a rest? Il/la paziente è in grado di camminare senza difficoltà all'interno di un centro commerciale o di un supermercato senza riposarsi?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>D How far can the patient walk outside their home? Quale distanza può raggiungere a piedi fuori della propria abitazione?</p>	<input type="text"/>
	<p>E Does the patient need to drive or use other transport to get to local shops and facilities? Il/la paziente ha necessità di guidare o utilizzare un altro mezzo di trasporto per raggiungere le strutture e i negozi della sua zona?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>F Does the patient need assistance to walk around a shopping centre or supermarket? Il/la paziente ha bisogno di assistenza per spostarsi a piedi all'interno di un centro commerciale o di un supermercato?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>G Does the patient need assistance to walk from a car park into a shopping centre or supermarket? Il/la paziente ha bisogno di assistenza per spostarsi a piedi dal parcheggio fino al centro commerciale o al supermercato?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>H Is the patient unable to mobilise independently? Il/la paziente non è in grado di spostarsi in maniera autonoma?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>I Does the patient use a lower limb prosthesis or a walking stick? Il/la paziente ha una protesi a uno degli arti inferiori oppure utilizza un bastone per camminare?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to K No <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte K</i> Yes <input type="checkbox"/> Go to J Sì <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte J</i></p>
	<p>J Can the patient mobilise effectively using the prosthesis or walking stick? Il/la paziente riesce a muoversi efficacemente grazie alla protesi o al bastone?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>K Does the patient use a wheelchair? Il/la paziente utilizza una sedia a rotelle?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to N No <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte N</i> Yes <input type="checkbox"/> Go to L Sì <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte L</i></p>
	<p>L Can the patient use the wheelchair independently? Il/la paziente è in grado di utilizzare la sedia a rotelle in maniera autonoma?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>M Can the patient transfer to and from the wheelchair without assistance? Il/la paziente è in grado di spostarsi sulla e dalla sedia a rotelle senza assistenza?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
	<p>N Does the patient use walking aids (e.g. quad stick, crutches or walking frame)? Il/la paziente utilizza ausili per la deambulazione (ad esempio un bastone tripode, stampelle oppure un deambulatore)?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to Q No <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte Q</i> Yes <input type="checkbox"/> Go to O Sì <input type="checkbox"/> <i>Passare alla parte O</i></p>
	<p>O Does the patient move around independently using walking aids? Il/la paziente è in grado di muoversi autonomamente utilizzando gli ausili per la deambulazione?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
<p>P Does the patient require assistance to move around using walking aids, (i.e. need assistance from another person to walk on some surfaces)? Il/la paziente ha necessità di assistenza per spostarsi con gli ausili per la deambulazione (vale a dire ha bisogno dell'aiuto altrui per camminare su determinate superfici)?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>	

- Q** Can the patient stand unaided for at least 10 minutes?
Il/la paziente è in grado di restare in piedi senza sostegni per almeno 10 minuti? No **Go to R**
Passare alla parte R
Yes **Go to S**
Sì Passare alla parte S
-
- R** Can the patient stand unaided for 5-10 minutes?
Il/la paziente è in grado di restare in piedi senza sostegni per 5-10 minuti? No Yes
No Sì
-
- S** Can the patient stand up from a sitting position without assistance?
Il/la paziente è in grado di alzarsi in piedi da una posizione seduta senza aiuto? No Yes
No Sì
-
- T** Can the patient use stairs without difficulty?
Il/la paziente è in grado di salire le scale senza difficoltà? No **Go to U**
Passare alla parte U
Yes **Go to W**
Sì Passare alla parte W
-
- U** Does the patient have some difficulty climbing stairs?
Il/la paziente ha qualche difficoltà a salire le scale? No Yes
No Sì
-
- V** Is the patient unable to use stairs or steps without assistance?
Il/la paziente non è in grado di salire le scale o i gradini senza aiuto? No Yes
No Sì
-
- W** Can the patient kneel or squat and rise back up to a standing position without difficulty?
Il/la paziente è in grado di inginocchiarsi o accovacciarsi e di tornare in posizione eretta senza difficoltà? No Yes
No Sì
-
- X** Can the patient use a motor vehicle?
Il/la paziente è in grado di utilizzare un autoveicolo? No Yes
No Sì
-
- Y** Can the patient use public transport without assistance?
Il/la paziente è in grado di utilizzare i mezzi di trasporto pubblici senza necessità di aiuto? No Yes
No Sì

Z Describe any other impacts.
Descrivere qualunque altro effetto.

85 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
La malattia si ripercuote sulla capacità di lavorare e di svolgere attivamente le mansioni lavorative oppure inerenti all'istruzione o alla formazione?

- No **Go to next question**
Passare alla domanda successiva
Yes Give details below
Inserire le informazioni di seguito

86 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Si prevede che l'impatto di questa patologia sulle capacità funzionali del/della paziente possa protrarsi per:

- Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
meno di 3 mesi da 3 a 24 mesi oltre 24 mesi

87 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Si prevede che nei prossimi 2 anni l'impatto di questa patologia sulle capacità funzionali del/della paziente:

- Resolve
scompaia
- Significantly improve
diminuisca in maniera significativa
- Slightly improve
diminuisca leggermente
- Fluctuate
abbia un andamento fluttuante
- Remain unchanged
si mantenga invariato
- Deteriorate
aumenti
- Uncertain
non valutabile

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Specificare come si prevede evolva la capacità funzionale del/della paziente nei 24 mesi a venire.

88 Is this condition episodic or fluctuating?
La malattia ha un andamento episodico o fluttuante?

No *Go to next question*
No *Passare alla domanda successiva*

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Descrivere la frequenza, la durata e la severità degli episodi oppure descrivere in che modo si manifesta l'andamento fluttuante. Includere un commento sulla capacità lavorativa durante e tra gli episodi o i sintomi fluttuanti.

Other information / Altre informazioni

89 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
Anamnesi patologica.
Specificare in maniera dettagliata le cause di fondo e i fattori che hanno contribuito all'insorgere della malattia.

90 Provide any additional comments about this condition.
Fornire ogni eventuale ulteriore commento sulla patologia.

93 The diagnosis is:
La diagnosi è:

Confirmed Go to next question
Confermata Passare alla domanda successiva

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Presunta Sono previste ulteriori indagini/accertamenti a conferma della diagnosi?

No Go to next question
No Passare alla domanda successiva

Yes Give details below
Sì Inserire le informazioni di seguito

94 Has the diagnosis of this condition been made by a consultant psychiatrist?
La diagnosi di questa patologia è stata effettuata da uno specialista psichiatra?

No Go to next question
No Passare alla domanda successiva

Yes Provide details of the treating psychiatrist
Sì Indicare i riferimenti dello psichiatra che ha in cura il/la paziente.

Name
Nome

--

Qualifications
Qualifiche

--

Address
Indirizzo

Country Paese

Phone number
Numero di telefono

Country () Paese ()	Area code () C.A.P. ()
--------------------------	-----------------------------

Date(s) the patient has consulted the psychiatrist.

Day/Giorno /	Month/Mese /	Year/Anno /
--------------	--------------	-------------

Day/Giorno /	Month/Mese /	Year/Anno /
--------------	--------------	-------------

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Day/Giorno /	Month/Mese /	Year/Anno /
--------------	--------------	-------------

Day/Giorno /	Month/Mese /	Year/Anno /
--------------	--------------	-------------

Data/e della/e visita/e presso il medico.

Se le date delle visite sono più di 4, includere la data della prima e dell'ultima.



Attach a report from this treating psychiatrist. This report MUST be attached.
Allegare un referto dello psichiatra che ha in cura il/la paziente. È OBBLIGATORIO allegare il referto.

► Go to 97
Passare alla domanda 97

95 Has the diagnosis been made by the patient's treating doctor?
La diagnosi è stata posta dal medico curante del/della paziente?

No ► Go to next question

No ► Passare alla domanda successiva

Yes ► Provide details of the treating doctor

Sì ► Indicare i riferimenti del medico curante.

Name

Nome

Qualifications

Qualifiche

Address

Indirizzo

Country Paese

Phone number

Numero di telefono

Country Paese	()	Area code C.A.P.	()
------------------	--------	---------------------	--------

Date(s) the patient has consulted this medical practitioner.

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

Data/e della/e visita/e presso il medico.

Se le date delle visite sono più di 4, includere la data della prima e dell'ultima.



Attach a report from this treating doctor. This report MUST be attached.

Allegare un referto del medico curante. È OBBLIGATORIO allegare il referto.

► Go to next question

► Passare alla domanda successiva

96 Has the diagnosis been confirmed by a clinical psychologist (i.e. a psychologist with specialised qualifications which legally entitle them to diagnose and treat psychiatric and psychological conditions in their country/countries of practice)?

La diagnosi è stata confermata da uno psicologo clinico (ovvero uno psicologo con una qualifica specialistica che lo autorizza legalmente alla diagnosi e al trattamento di patologie psichiatriche e disturbi psicologici all'interno del proprio Paese o dei Paesi in cui esercita)?

No *Go to next question*

No *Passare alla domanda successiva*

Yes Provide details of the clinical psychologist
Sì *Indicare i riferimenti dello psicologo clinico.*

Name

Nome

Qualifications

Qualifiche

Address

Indirizzo

Country
Paese

Phone number

Numero di telefono

Country () Area code ()
Paese C.A.P.

Date(s) the patient has consulted this clinical psychologist.

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

Data/e della/e visita/e presso lo psicologo clinico.

Se le date delle visite sono più di 4, includere la data della prima e dell'ultima.



Attach a report from this clinical psychologist. This report **MUST** be attached.
Allegare un referto dello psicologo clinico. È **OBBLIGATORIO** allegare il referto.

► *Go to next question*

Passare alla domanda successiva

97 What was the date of diagnosis?

In quale data è stata effettuata la diagnosi?

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

98 What was the date of onset of symptoms (if known)?

In quale data sono comparsi i sintomi (se noto)?

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

99 What is the prognosis of this condition?

Give a timeframe, if applicable.

Qual è la prognosi della malattia?

Inserire un intervallo di tempo, se pertinente.

104 Has the patient been hospitalised for this condition?
 Il/la paziente è stato/a ricoverato/a per questa patologia?

No **Go to next question**
 No **Passare alla domanda successiva**
 Yes Give details below, beginning with the most recent
 Sì Inserire le informazioni qui sotto, partendo dai dati più recenti.

1	Condition (diagnosis) Patologia (diagnosi)	<input type="text"/>
	Date of admission Data del ricovero	Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno / /
	Duration Durata	<input type="text"/>
	Reason Motivazione	<input type="text"/>
	Name of institution Nome della struttura	<input type="text"/>

2	Condition (diagnosis) Patologia (diagnosi)	<input type="text"/>
	Date of admission Data del ricovero	Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno / /
	Duration Durata	<input type="text"/>
	Reason Motivazione	<input type="text"/>
	Name of institution Nome della struttura	<input type="text"/>

3	Condition (diagnosis) Patologia (diagnosi)	<input type="text"/>
	Date of admission Data del ricovero	Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno / /
	Duration Durata	<input type="text"/>
	Reason Motivazione	<input type="text"/>
	Name of institution Nome della struttura	<input type="text"/>

If the patient has been hospitalised more than 3 times, attach a separate sheet with details.
 Se il/la paziente è stato/a ricoverato/a più di 3 volte allegare un foglio a parte con le informazioni dettagliate.

105 Is any future treatment planned for this condition?
 Si prevede un futuro trattamento di questa patologia?

No **Go to 107**
 No **Passare alla domanda 107**
 Yes Give details below
 Sì Inserire le informazioni di seguito

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

106 What is the expected benefit of future treatment?
 Detail improvement in symptoms and functional capacity.
 Quale tipo di beneficio si prevede possa apportare tale futuro trattamento?
 Descrivere nel dettaglio il miglioramento dei sintomi e della capacità funzionale.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

107 Indicate compliance with recommended treatment:
Indicare l'aderenza alla terapia raccomandata:

Very compliant
Aderenza elevata

Usually compliant
Aderenza costante

Rarely compliant
Aderenza sporadica

Uncertain
Non valutabile

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Descrivere nel dettaglio i problemi correlati all'accesso o all'adozione della terapia idonea che condizionino il livello di aderenza del/della paziente.

Current symptoms / Sintomatologia attuale

108 What symptoms currently persist **despite** treatment?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Quali sono i sintomi che persistono attualmente **nonostante** la terapia?
Fornire indicazioni specifiche e includere severità, frequenza e durata dei sintomi.

Functional impact / Impatto sulla funzionalità

109 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment:
Informazioni sul modo in cui attualmente la patologia incide sulla capacità funzionale del soggetto **nonostante** la terapia:

A Does the patient have difficulty with self care and independent living?
Il/la paziente ha difficoltà a prendersi cura di se stesso/a e a condurre una vita autonoma?

No **Go to B**

No **Passare alla Parte B**

Yes Provide details and examples below

Sì Inserire informazioni ed esempi qui di seguito

B Does the patient have difficulty with social/recreational activities and travel?
Il/la paziente ha difficoltà a condurre attività di relazione/ricreative e a viaggiare?

No **Go to C**

No **Passare alla Parte C**

Yes Provide details and examples below

Sì Inserire informazioni ed esempi qui di seguito

C Does the patient have difficulty with interpersonal relationships?
Il/la paziente ha difficoltà nelle relazioni interpersonali?

No **Go to D**

No **Passare alla Parte D**

Yes Provide details and examples below

Sì Inserire informazioni ed esempi qui di seguito

D Does the patient have difficulty with concentration and task completion?
Il/la paziente ha difficoltà a concentrarsi e a portare a termine un compito specifico?

No **Go to E**

No **Passare alla PARTE E**

Yes Provide details and examples below

Sì Inserire informazioni ed esempi qui di seguito

E Does the patient have difficulty with behaviour, planning and decision-making?
Il/la paziente ha difficoltà a tenere un determinato comportamento, a pianificare e a prendere decisioni?

No **Go to F**

No **Passare alla PARTE F**

Yes Provide details and examples below

Sì Inserire informazioni ed esempi qui di seguito

F Describe any other impacts.
Descrivere qualunque altro effetto.

110 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?

La malattia si ripercuote sulla capacità di lavorare e di svolgere attivamente le mansioni lavorative oppure inerenti all'istruzione o alla formazione?

No **Go to next question**

No **Passare alla domanda successiva**

Yes Give details below

Sì Inserire le informazioni di seguito

111 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for: Less than 3 months / meno di 3 mesi 3-24 months / da 3 a 24 mesi More than 24 months / oltre 24 mesi
 Si prevede che l'impatto di questa patologia sulle capacità funzionali del/della paziente possa protrarsi per:

112 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to: Resolve / scompaia
 Significantly improve / diminuisca in maniera significativa
 Slightly improve / diminuisca leggermente
 Fluctuate / abbia un andamento fluttuante
 Remain unchanged / si mantenga invariato
 Deteriorate / aumenti
 Uncertain / non valutabile

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months. Specificare come si prevede evolva la capacità funzionale del/della paziente nei 24 mesi a venire.

113 Is this condition episodic or fluctuating? No / *Go to next question* / *Passare alla domanda successiva*
 La malattia ha un andamento episodico o fluttuante? Yes / *Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.*
 Sì / *Descrivere la frequenza, la durata e la severità degli episodi oppure descrivere in che modo si manifesta l'andamento fluttuante. Includere un commento sulla capacità lavorativa durante e tra gli episodi o i sintomi fluttuanti.*

Other information / Altre informazioni

114 History of this condition. Provide details of underlying causes and contributing factors. Anamnesi patologica. Specificare in maniera dettagliata le cause di fondo e i fattori che hanno contribuito all'insorgere della malattia.

115 Provide any additional comments about this condition. Fornire ogni eventuale ulteriore commento sulla patologia.

123 How effective is current treatment?
Describe response to treatment and degree of control of symptoms.
Qual è l'efficacia della terapia attuale?
Descrivere la risposta alla terapia e il grado di controllo dei sintomi.

124 Describe any adverse effects of treatment, including severity.
Descrivere qualunque evento avverso prodotto dalla terapia, specificandone la severità.

125 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, counselling, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Quale opzione terapeutica è stata adottata in passato (ad esempio ricovero, intervento chirurgico, terapia farmacologica, supporto psicologico, terapia fisica, riabilitazione, terapia del dolore)?
Fornire indicazioni specifiche (ad esempio la data d'inizio, la frequenza e la durata della terapia o della riabilitazione, il tipo e la dose dei farmaci).

126 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?
Il/la paziente indossa o utilizza ausili, dispositivi o tecnologie assistive per questa patologia?

No Go to next question
No Passare alla domanda successiva
Yes Give details below
Sì Inserire le informazioni di seguito

131 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology.

Describe in detail the impact on:

Informazioni sul modo in cui attualmente la patologia incide sulla capacità funzionale del/della paziente **nonostante** la terapia, gli ausili, i dispositivi o la tecnologia assistiva.

Fornire una descrizione dettagliata di tali effetti su:

A Endurance.
Resistenza.

--

B Movement/dexterity (e.g. walking, bending, sitting, standing, lifting/carrying/manipulating objects).
Capacità motoria/destrezza (ad es. capacità di camminare, piegarsi, sedersi, restare in posizione eretta, sollevare/trasportare/maneggiare gli oggetti).

--

C Neurological/cognitive function (e.g. concentrating, decision making, memory, problem solving).
Funzionalità neurologica/cognitiva (ad es. capacità di concentrazione, capacità di prendere decisioni, memoria, capacità di risolvere i problemi).

--

D Functions of consciousness (involuntary loss of consciousness or altered consciousness e.g. seizures, migraines).

Funzioni attinenti alla coscienza (perdita di coscienza involontaria oppure alterazione dello stato di coscienza ad esempio attacchi epilettici, emicranie).

--

E Behaviour, planning, interpersonal relationships.

Comportamento, capacità di pianificazione, relazioni interpersonali.

--

F Sensory and communication functions (e.g. seeing, hearing, speaking).

Funzioni sensoriali e comunicative (ad esempio vista, udito, parola).

--

G Digestive, reproductive and continence functions.

Funzioni digestive, riproduttive e di continenza.

--

H Need for care (e.g. support in daily living, supported accommodation or nursing home/hospital care).

Necessità di assistenza (ad es. supporto nelle attività quotidiane, ricovero in una residenza assistita oppure in una casa di cura/struttura ospedaliera).

--

I Shopping and performing household tasks.

Capacità di svolgere le attività domestiche e fare la spesa.

--

J Driving and use of public transport.
Guida e utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici.

K Other impacts as applicable.
Altre eventuali conseguenze.

132 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
La malattia si ripercuote sulla capacità di lavorare e di svolgere attivamente le mansioni lavorative oppure inerenti all'istruzione o alla formazione?

- No Go to next question
No Passare alla domanda successiva
- Yes Give details below
Sì Inserire le informazioni di seguito

133 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Si prevede che l'impatto di questa patologia sulle capacità funzionali del/della paziente possa protrarsi per:

- Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
meno di 3 mesi da 3 a 24 mesi oltre 24 mesi

134 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Si prevede che nei prossimi 2 anni l'impatto di questa patologia sulle capacità funzionali del/della paziente:

- Resolve
scompaia
- Significantly improve
diminuisca in maniera significativa
- Slightly improve
diminuisca leggermente
- Fluctuate
abbia un andamento fluttuante
- Remain unchanged
si mantenga invariato
- Deteriorate
aumentino
- Uncertain
non valutabile

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Specificare come si prevede evolva la capacità funzionale del/della paziente nei 24 mesi a venire.

PART G – Additional information

PARTE G – Informazioni aggiuntive

138 Does the patient have any other medical conditions which are generally well managed and cause minimal or limited impact on ability to function?
 Il/la paziente è affetto/a da altre patologie generalmente ben gestite e con un impatto minimo o limitato sulle capacità funzionali?

No **Go to next question**
 No **Passare alla domanda successiva**
 Yes **Give details below**
 Sí **Inserire le informazioni di seguito**

Condition (diagnosis) Patologia (diagnosi)	Treatment Terapia	Significant improvement expected? Si prevede un miglioramento significativo?		Impact on ability to function Impatto sulla capacità funzionale
		No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
1		No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
2		No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
3		No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
4		No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	

If there are more than 4 medical conditions which do NOT have a significant impact on ability to function, attach a separate sheet with details.
 Se le patologie che NON hanno un impatto significativo sulle capacità funzionali sono più di 4, allegare un foglio separato con le informazioni al riguardo.

139 Patient's details
 Informazioni sul/sulla paziente

Height
 Altezza
 Weight
 Peso
 Blood pressure
 Pressione arteriosa

140 Does the patient have a medical condition that may significantly reduce their life expectancy?
 Il/la paziente è affetto/a da una patologia che possa ridurre significativamente la Sua aspettativa di vita?

No **Go to 142**
 No **Passare alla domanda 142**
 Yes **Diagnosis of condition**
 Sí **Diagnosi della patologia**

141 Is the average life expectancy of a patient with this condition shorter than 24 months?
 L'aspettativa di vita media di un soggetto affetto da questa patologia è inferiore a 24 mesi?

No
 No
 Yes
 Sí

PART H – Capacity for work or training

PARTE H – Capacità lavorativa o di allenamento

Instructions for the doctor

PART H is to provide a holistic summary of the patient's current and potential capacity for work.

- Only those medical conditions with impact on functional capacity expected to persist for more than 2 years should be considered in assessing the patient's work capacity.
- Rate how the patient's work capacity is affected by their medical conditions now and over the next 2 years. This means any work the patient is capable of performing regardless of the availability of that work and without regard to the patient's age, educational level and current work skills.
- Tick **one** option for each column in the work capacity tables.
- Respond even if the patient has not worked for some time.

Istruzioni per il medico

Nella PARTE H si fornisce una sintesi omnicomprensiva delle attuali potenziali capacità lavorative del/della paziente.

- Nella valutazione delle capacità lavorative del/della paziente devono essere considerate solo le patologie con effetti sulle capacità funzionali che si prevede possano durare per un periodo superiore a 2 anni.
- Valutare l'impatto sulle capacità lavorative del/della paziente al momento presente e nei prossimi 2 anni. Ciò significa prendere in considerazione qualunque lavoro il/la paziente sia in grado di svolgere a prescindere dalla disponibilità del lavoro stesso e a prescindere dall'età, dal grado d'istruzione e dalle attuali capacità lavorative del soggetto.
- Spuntare **una sola** opzione per ciascuna delle colonne della tabella relativa alle capacità lavorative.
- Rispondere anche se il/la paziente non ha lavorato per un determinato periodo di tempo.

- 142** Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work WITHOUT ANY INTERVENTION programs: i.e. WITHOUT programs that are designed to assist people back into the workforce (e.g. on the job training, vocational rehabilitation). Indichi la Sua valutazione delle capacità del/della paziente di svolgere qualsiasi lavoro SENZA ALCUN PROGRAMMA DI INTERVENTI: ossia SENZA programmi intesi a favorire il reinserimento del paziente nel mondo del lavoro (es. formazione sul posto di lavoro, riabilitazione professionale).

Work capacity / Capacità lavorativa

	Current Attuale	Within 6 months Tra 6 mesi	6–24 months Tra 6–24 mesi	More than 24 months Tra oltre 24 mesi
0–7 hrs per week 0–7 ore a settimana				
8–14 hrs per week 8–14 ore a settimana				
15–29 hrs per week 15–29 ore a settimana				
30+ hrs per week 30+ ore a settimana				

Type of work / Tipo di lavoro

Suggested suitable work
Lavoro idoneo suggerito

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations
Indicare le motivazioni relative alla capacità lavorativa e al tipo di lavoro consigliato

143 Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work WITH INTERVENTION programs:
 i.e. WITH programs that **are** specifically designed for people with physical, intellectual or psychiatric impairments (e.g. vocational rehabilitation, disability employment services) AND those that **are not** (e.g. vocational or pre-vocational training, on the job training and educational programs).
 Indichi la Sua valutazione della capacità del/della paziente di svolgere qualsiasi lavoro CON PROGRAMMI DI INTERVENTI:
 es. CON programmi che **sono** specificamente formulati per persone affette da deficit fisici, intellettivi o psichiatrici (es. riabilitazione professionale, servizi occupazionali per disabili)
 E quelli che **non lo sono** (es. formazione professionale o propedeutica, formazione sul posto di lavoro e programmi scolastici).

Work capacity / Capacità lavorativa

	Current Attuale	Within 6 months Tra 6 mesi	6-24 months Tra 6-24 mesi	More than 24 months Tra oltre 24 mesi
0-7 hrs per week 0-7 ore a settimana				
8-14 hrs per week 8-14 ore a settimana				
15-29 hrs per week 15-29 ore a settimana				
30+ hrs per week 30+ ore a settimana				

Type of work / Tipo di lavoro

Suggested suitable work
Lavoro idoneo suggerito

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations
Indicare le motivazioni relative alla capacità lavorativa e al tipo di lavoro raccomandato

Indicare le motivazioni relative alla capacità lavorativa e al tipo di lavoro raccomandato

144 What type(s) of assistance would best assist the patient to return to work?
 Quale tipo (o tipi) di assistenza sarebbe maggiormente funzionale per il reinserimento del/della paziente nel mondo del lavoro?

No assistance required
Nessuna necessità di assistenza

Go to 146
Passare alla domanda 146

Educational training (e.g. Year 12)
Formazione scolastica [ad esempio diploma di scuola media superiore (Year 12)]

Vocational/work training and rehabilitation
Formazione e riabilitazione professionale/sul posto di lavoro

On-the-job training
Formazione sul posto di lavoro

Voluntary work
Lavoro volontario

Drug and alcohol assistance
Supporto per la dipendenza da alcol e droghe

Other
Altro

Give details below
Inserire le informazioni di seguito

145 Indicate your assessment of the patient's interest in pursuing assistance to return to work:
 Indichi in che modo valuta il grado d'interesse del/della paziente a ricercare il supporto utile al ritorno al lavoro:

Nil
Nessuno

Minimal
Minimo

Moderate
Moderato

Substantial
Notevole

Give details below
Inserire le informazioni di seguito

PART i – Certification

PARTE I – Certificazione

146 This patient has been... my patient since
Questo/questa paziente è... un/una mio/a paziente dal

Day/Giorno	Month/Mese	Year/Anno
/	/	/

a patient at this practice since
un/una paziente di questa struttura dal

Day/Giorno	Month/Mese	Year/Anno
/	/	/

147 Would you like someone from Services Australia, or a medical assessor authorised by Services Australia to contact you about this report (e.g. if there is any information which, if released to the patient, might be prejudicial to their physical or mental health)?
Lei vorrebbe che un rappresentante di Services Australia o un perito medico autorizzato da Services Australia La contatti in merito alla presente relazione (es. se vi sono informazioni che, se rilasciate al paziente, potrebbero nuocere alla sua salute fisica o mentale)?

No *Go to next question*
No *Passare alla domanda successiva*

Yes The following days and local times suit me:
Sì Di seguito sono riportati i giorni e gli orari locali in cui desidero essere contattato/a:

Day Giorno	Time Orario
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> am : <input type="text"/> pm
<input type="text"/>	a <input type="text"/> : <input type="text"/> am : <input type="text"/> pm

Would you like an interpreter when speaking with us?
Desidera avere a disposizione un interprete per il colloquio con noi?

No *Go to next question*
No *Passare alla domanda successiva*

Yes Preferred language
Sì Lingua preferita

148 Doctor's details and declaration
Please make sure you have read the **Privacy and your personal information on page 3** of this form.
Please print in BLOCK LETTERS or use stamp.
Informazioni sul medico e dichiarazione
Deve sincerarsi di avere letto le avvertenze in materia di **privacy e dei dati personali** che La riguardano a **pagina 3** del presente modulo.
Scrivere IN STAMPATELLO oppure utilizzare un timbro.

Details of doctor completing this report:
Informazioni sul medico che ha compilato il presente referto:


Name of doctor
Nome del medico

Qualifications
Qualifiche

Address
Indirizzo

Country
Paese

Phone number
Numero di telefono Country () Area code ()
Paese () C.A.P. ()

Signature
Firma 

Date
Data Day/Giorno Month/Mese Year/Anno

Stamp (if applicable)
Timbro (se pertinente)

149 Returning this report
Invio del referto

Return address
Indirizzo per l'invio

Services Australia
International Services
Reply Paid 7809
CANBERRA BC ACT 2610
AUSTRALIA

Please post this completed report and any attachments directly to International Services, or if you prefer, you may give this completed report and any attachments to your patient to return to International Services.

Thank you for your assistance.

Spedire il referto compilato in ogni sua parte con tutti gli allegati direttamente a International Services oppure, se si preferisce, consegnare tutta la detta documentazione al/paziente perché provveda a farla pervenire a International Services.

Si ringrazia per la collaborazione.

ENQUIRIES

If you have any questions, please call Services Australia direct (free of charge) on **800 781 977** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

This service may not be available from all locations in Italy.

If this service is not available call Services Australia on **(+61 3) 6222 3455** (outside Australia) or **131 673** (inside Australia).

Note: Call charges apply – calls from mobile phones may be charged at a higher rate.

RICHIESTA DI INFORMAZIONI

In caso di domande, contattare direttamente Services Australia al numero verde **800 781 977** (dalle 8 alle 17 orario di Hobart, dal lunedì al venerdì).

È possibile che questo servizio non sia disponibile per tutte le località in Italia.

Qualora il servizio non sia disponibile, contattare Services Australia al **(+61 3) 6222 3455** (per chiamate da località fuori dall'Australia) oppure al **131 673** (per chiamate dall'Australia).

Nota: Potrebbero vigere tariffe di chiamata – le chiamate da cellulari potrebbero essere soggette a tariffe superiori.