

ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

MEDICAL REPORT – CERTIFICAT MEDICAL – CERTIFICATO MEDICO
CAN/IT/SS3

- Please print or type
- Each item of this form must be completed by the physician making the certification when the applicant files for Italian disability benefits under the Italy-Canada Agreement on Social Security
- Chaque section de la présente formule doit être remplie en majuscules ou à la machine à écrire par le médecin qui émet le certificat lorsqu'une personne demande des prestations d'invalidité en vertu de l'Accord Italie-Canada sur la sécurité sociale
- In stampatello o dattiloscritto
- Il presente modulo deve essere compilato in ogni singola parte dal medico certificante in caso di domanda di pensione d'invalidità a carico dell'assicurazione italiana ai sensi dell'Accordo Italo-Canadese.

SURNAME AND GIVEN NAMES-NOM ET PRÉNOMS-COGNOME E NOME		CANADIAN SOCIAL INSURANCE NUMBER NUMERO D'ASSURANCE SOCIALE AU CANADA NUMERO DI ASSICURAZIONE SOCIALE CANADESE	
NAME AT BIRTH-NOM À LA NAISSANCE-NOME DI NASCITA		DATE OF BIRTH-DATE DE NAISSANCE-DATA DI NASCITA	
MARITAL STATUS-ÉTAT CIVIL-STATO CIVILE	ADDRESS-ADRESSE-INDIRIZZO	NUMBER OF CHILDREN N. DES ENFANTES NUMERO DI FIGLI	
PAST WORK ACTIVITIES ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS ATTIVITA' VARIE SVOLTE NELLA VITA LAVORATIVA PREGRESSA			
PRESENT WORK ACTIVITY EMPLOI ACTUEL OCCUPAZIONE PRESENTE			
OCCUPATIONAL HAZARDS OF THIS WORK ACTIVITY RISQUES PROFESSIONNELS LIÉS À CET EMPLOI EVENTUALI FATTORI DI RISCHIO CONNESSI CON LE ATTIVITA' LAVORATIVE SVOLTE			
DATE WORK ENDED DATE DE FIN D'EMPLOI DATA DELLA CESSAZIONE DEL LAVORO		REASON RAISON MOTIVO	
PAST AND PRESENT MEDICAL HISTORY (in particular indicate hospital admissions) ÉTAT DE SANTÉ PRESENT ET PASSÉ (en particulier maladies ayant nécessité une hospitalisation) ANAMNESI REMOTA E PROSSIMA (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri)			

IF THE CLAIMANT RECEIVES ANY KIND OF BENEFIT PLEASE STATE WHICH KIND OF BENEFIT AND PERCENTAGE OF DISABILITY
 PRÉCISER SI LE REQUERANT RECOIT DES INDEMNITÉS ET INDIQUER LE DEGRÉ D'INVALIDITÉ
 SE TITOLARE DI PENSIONE, RENDITA, ECC SPECIFICARE GRADO E PERCENTUALE

GENERAL CONDITION
 ÉTAT GÉNÉRAL
 STATO GENERALE

HEIGHT (meters)
 TAILLE (mètres)
 Alt. (m)

WEIGHT (kilos)
 POIDS (kilogrammes)
 PESO (kg)

SKIN, APPENDAGES AND LYMPH GLANDS (colouring, callosities, dermatitis, ulceration, bedemas, neoplasms, tumours, scars, slashes, etc.)
 PEAU, APPENDICES ET GANGLIONS LYMPHATIQUES (colorations, callosité, dermatose, ulcération, œdème, néoplasme, tumeur, cicatrice, balafre, etc)
 CUTI, ANNESSI E SISTEMA LINFOGIANDOLARE (colorito, callosità, dermatosi, ulcerazioni, edemi, neoformazioni, fistole, cicatrici, sfregi, ecc)

- From this point on, please attach all available medical documentation related to your findings
- Prière de faire accompagner, si possible, tous les renseignements qui suivent des documents médicaux pertinents
- Da questo punto in poi, allegare documentazione medica eventualmente in possesso

CARDIOVASCULAR SYSTEM
 APPAREIL CARDIOVASCULAIRE
 APPARATO CARDIOVASCOLARE

PULSE
 POULS
 POLSO

RESPIRATION
 RYTHME RESPIRATOIRE
 RESPIRO

BLOOD PRESSURE
 TENSION ARTERIELLE
 PRESSIONE ARTERIOSA

CONDITION OF THE ARTERIES AND VEINS
 VAISSI AUX SANGUINS
 VASI

RESPIRATORY SYSTEM
 APPAREIL RESPIRATOIRE
 APPARATO RESPIRATORIO

DIGESTIVE SYSTEM
APPAREIL DIGESTIF
APPARATO DIGERENTE

HERNIAS (place, volume, reducibility; state whether the subject wear a truss)
HERNIE (emplacement et volume, réductibilité ; indiquer si le sujet porte un bandage herniaire)
ERNIE (sede, riducibilità; uso di cinti)

ORGANS OF THE HYPOCONDRIA (liver, spleen, gall bladder, etc)
ORGANES DE L'HYPOCONDRE (foie, rate, vésicule biliaire, etc.)
ORGANI IPOCONDRIACI (fegato, milza, cistifellea, ecc.)

OSTEO-ARTICULAR SYSTEM (in particular, state the limitations of the functions)
APPAREIL OSTEOARTICULAIRE (préciser les limites fonctionnelles)
APPARATO OSTEOARTICOLARE (in particolare evidenziare le limitazioni funzionali)

SKELETON
SQUELETTE
SCHELETRO

JOINTS
ARTICULATIONS
ARTICOLAZIONI

STATE WHETHER THE SUBJECT WEARS A PROSTHESIS
INDIQUER SI LE SUJET PORTE UNE PROTHESE
PROVVISTO DI UN APPARECCHIO PROTESICO

ENDOCRINE SYSTEM
SYSTÈME ENDOCRINIEN
SISTEMA ENDOCRINO

NERVOUS SYSTEM AND PSYCHOLOGICAL STATE
SYSTÈME NERVEUX ET ETAT PSYCHOLOGIQUE
SISTEMA NERVOSO E PSICHE

EYES AND VISION
YEUX ET VISION
OCCHI E VISTA

EARS AND HEARING
OURELLES ET OUIE
ORECCHIO E UDITO

URINARY AND GENITAL SYSTEMS
APPAREIL GENITO-URINAIRE
APPARATO UROGENITALE

OTHER ORGANS AND SYSTEMS
OUTRES ORGANES ET APPAREILS
ALTRI ORGANI E APPARATI

MEDICAL EVIDENCE SUBMITTED BY THE CLAIMANT (clinical charts, tests, etc.)
PIECES MÉDICALES PRÉSENTÉES PAR LE REQUÉRANT (documents cliniques, résultats d'épreuves, etc.)
DOCUMENTAZIONI SANITARIE ESIBITE DALL'ASSICURATO (cartelle cliniche, accertamenti, ecc.)

TREATMENTS FOLLOWED
TRAITEMENTS SUIVIS
EVENTUALI TERAPIE PRATICATE

DIAGNOSIS
DIAGNOSTIC
DIAGNOSI

DATE
DATE
DATA

STAMP OF THE PHYSICIAN (with address)
SCEAU DU MÉDECIN (et adresse)
TIMBRO DEL MEDICO (con indirizzo)

SIGNATURE OF PHYSICIAN
SIGNATURE DU MÉDECIN
FIRMA DEL MEDICO