



DATA D'INICI DE LA SITUACIÓ (dd/mm/aaaa)

Grid boxes for date input

COMUNICAT INICIAL [ ] COMUNICAT CONFIRMACIÓ N° [ ] Marcar si RECAIGUDA [ ]

COMUNICAT ALTA - Data (dd/mm/aaaa)

Grid boxes for date input

- Causes of leave: Curació/Millora que permet el treball habitual, Mort, Passi a jubilació per edat o per IP per al servei, Esgotament del termini màxim, Possible nova situació d'IT, Començament del permís per maternitat

1. DADES IDENTIFICATIVES

1.1 MUTUALISTA

Primer cognom Segon cognom Nom

Número d'afiliació: N° de DNI:

Teléfono: Correu @ Entitat

1.2 FACULTATIU

N° de col·legat

Cognoms I nom:

Especialitat:

2. DADES MÈDIQUES

2.1 CIE 10 ES diagnòstic 2.2 Duració probable (dies)

2.3 Descripció del diagnòstic (dolències i la seva evolució):

2.4 Descripció de la limitació en la capacitat funcional

2.5 Indicar, si s'escau:

- Intervenció quirúrgica, Hospitalització, Tractament químic-radioteràpia, Altre procediment

DADES ESPECÍFIQUES

2.6 Es donen circumstàncies que recomanen ampliació termini d'expedició del pròxim comunicat a dies (màxim 30)

2.7 Sense variacions

3. INFORME MÈDIC ADDICIONAL DE RATIFICACIÓ: que acompanya al comunicat de confirmació del 10è o el 16è mes

Valoració de la situació (marcar una opció):

- 3.1 Possible alta per curació o milloria abans dels 545 dies naturals des de l'inici de la situació.
3.2 Possible incapacitat permanent.
3.3 Necessitat manteniment dels efectes d'IT més enllà del període de 545 dies.

Justificació de l'opció escollida:

..... de ..... de 20.....

Signatura del facultatiu que expedeix el comunicat



DATA D'INICI DE LA SITUACIÓ (dd/mm/aaaa)

COMUNICAT INICIAL  COMUNICAT CONFIRMACIÓ Nº   Marcar si RECAIGUDA

COMUNICAT ALTA – Data

Causa de l'alta:  Curació/Millora que permet el treball habitual  Mort  
 Passi a jubilació per edat o per IP per al servei  Esgotament del termini màxim  
 Possible nova situació d'IT  Començament del permís per maternitat

### 1. DADES IDENTIFICATIVES

#### 1.1 MUTUALISTA

Primer cognom ..... Segon cognom ..... Nom .....

Número d'afiliació:

Nº de DNI:

Teléfono:           Correu @ ..... Entitat .....

#### 1.2 FACULTATIU

Nº de col·legat

Cognoms I nom: .....

Especialitat: .....

### 2. DADES MÈDIQUES

2.1 CIE 10 ES diagnòstic     ●

2.2 Duració probable (dies)

2.4 Descripció de la limitació en la capacitat funcional

2.5 Indicar, si s'escau:

Intervenció quirúrgica  Hospitalització  
 Tractament químic-radioteràpia  Altre procediment

#### DADES ESPECÍFIQUES

2.6 Es donen circumstàncies que recomanen ampliació termini d'expedició del pròxim comunicat a   dies (màxim 30)

2.7 Sense variacions

### 3. INFORME MÈDIC ADDICIONAL DE RATIFICACIÓ: que acompanya al comunicat de confirmació del 10è o el 16è mes

Valoració de la situació (marcar una opció):

- 3.1  Possible alta per curació o milloria abans dels 545 dies naturals des de l'inici de la situació.  
 3.2  Possible incapacitat permanent.  
 3.3  Necessitat manteniment dels efectes d'IT més enllà del període de 545 dies.

Justificació de l'opció escollida:.....

..... de ..... de 20.....

Signatura del facultatiu que expedeix el comunicat

## IMPORTANT

**o Finalitat del comunicat:** el contingut d'aquest comunicat és l'assessorament mèdic perquè l'òrgan de personal on el mutualista presti serveis resolgui la concessió de la llicència per malaltia, requisit imprescindible per a declarar la situació d'incapacitat temporal (art. 88 del Reglament General del Mutualisme Administratiu, RD 375/2010, de 28 de març)

**o Terminis:** l'exemplar per a l'Administració del comunicat inicial l'ha d'aportar el mutualista al seu òrgan de personal durant els quatre primers dies hàbils des de l'inici de la situació. El del comunicat de confirmació, durant els tres dies hàbils següents a la seva expedició. El del comunicat d'alta, el dia hàbil següent a la seva expedició.

**o Validesa del comunicat:** La informació sol·licitada és obligatòria per a la validesa del comunicat, que ha de ser emplenat i signat pel metge que atén al mutualista.

**o Definició de recaiguda:** és el procés patològic que succeeix en els 180 dies naturals següents a la finalització d'un anterior de la mateixa o similar patologia. El metge indicarà en el comunicat si el nou procés iniciat és recaiguda d'un altre anterior.

**2.1 Codificació del comunicat:** es requereix la **codificació del diagnòstic** en **CIE 10 ES**. El format admès es mostra en la següent taula. Els camps a la dreta del punt poden anar en blanc o complimentats des d'un a quatre caràcters alfanumèrics.

x	x	x	•	x	x	x	x
---	---	---	---	---	---	---	---

Els **codis de procediment no s'admeten** en els comunicats d'IT. Si escau, **ampliar el diagnòstic codificat** usant l'apartat 2.5

**2.3 Descripció del diagnòstic:** solament en l'exemplar destinat al mutualista.

**2.5 Informació per a completar el diagnòstic:** intervenció quirúrgica, hospitalització o altre circumstància, procediment o tècnica diagnòstica que justifica la baixa.

**2.6 Periodicitat dels comunicats:** s'han d'expedir quinzenalment, però si per motius de millor assistència al pacient es necessari demorar aquesta freqüència, es podran expedir per més temps, amb un màxim de 30 dies entre cada comunicat.

**2.7 Casella "sense variacions":** s'utilitzarà en els comunicats de confirmació signats pel mateix facultatiu que va expedir l'inicial o l'immediat anterior de confirmació, si el diagnòstic és el mateix. D'aquesta manera no serà necessari emplenar de nou les dades mèdiques ja aportades.

**3. L'informe addicional de ratificació** acompanya als comunicats de confirmació del 10è i 16è mes, i sol·liciten del metge el seu criteri sobre l'evolució del procés i les possibilitats de recuperació o d'incapacitat permanent. Si correspon al de **10è mes**, se sol·licita pronunciament sobre **3.1 o 3.2**. Si acompanya al de **16è mes**, sobre **3.2 o 3.3**.