

CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

(D.Lgs. 81/08)

LAVORATORE Sesso M F

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...| SCOLARITA' ANNI

DOMICILIO (Comune e provincia)

VIA..... TEL.....

MEDICO CURANTE DOTT.....

VIA..... TEL.....

DATORE DI LAVORO.....

ATTIVITA' DELL'AZIENDA pubblica o privata.....

DATA DI ASSUNZIONE.....

SEDE/I DI LAVORO.....

LA PRESENTE CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO E' ISTITUITA PER:

Prima istituzione Esaurimento del documento precedente Altri motivi.....

VISITA MEDICA PREVENTIVA

1-DATI OCCUPAZIONALI

Destinazione Lavorativa – Mansioni.....

Fattori di rischio (specificare codifica, descrizione, CAS).....

Tempo di esposizione (giorni/anno).....

Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)

La presente Cartella sanitaria e di Rischio è costituita da n..... pagine.

Data...../...../.....

IL MEDICO COMPETENTE

IL DATORE DI LAVORO

2 -ANAMNESI LAVORATIVA Ditta..... Dipendente.....

.....Esposizioni precedenti SI NO
3-ANAMNESI FAMILIARE

4-ANAMNESI PERSONALE Vaccinazione antitetanica: NO SI ultimo richiamo .../.../.....

Infortunati – traumi (lavorativi o extralavorativi).....

Invaldità riconosciute (invalidità civile, Inps, Inail, Ass. Private).....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma SI NO

Altre notizie utili ai fini anamnestici lavorativi

5-PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA (protocolli, periodicità)

6-ESAME CLINICO GENERALE: Peso.....kg - Altezza..... cm - PA...../..... - FC.....

7 -ACCERTAMENTI INTEGRATIVI SPECIALISTICI E/O DI LABORATORIO

(indicare gli accertamenti eseguiti e il n. di riferimento dei referti allegati)

- Audio alterazioni: NO SI grado ipoacusia secondo Merluzzi.....
- Spiro alterazioni: NO SI deficit: ostruttivo restrittivo misto
- Screening oculistico: alterazioni: NO SI
- Altro

8-VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi in relazione ai rischi occupazionali)

9-PROPOSTA GIUDIZIO DI IDONEITA': Idoneo Non Idoneo Idoneo con le seguenti condizioni

Il lavoratore dichiara: prendo visione e confermo quanto dichiarato sopra. Dichiaro di consentire la raccolta dei miei dati personali ad uso sanitario ai sensi del Dlgs 196/2003 e successive modifiche. Dichiaro di essere stato informato sul significato degli accertamenti sanitari cui sono stato sottoposto e sul loro risultato, sulle modalità di ritiro presso la sede della Salute 2000 srl della copia della cartella clinica all'atto della dimissione, e che avverso il giudizio di idoneità parziale o totale del lavoratore è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi dell' art. 41 comma 9 del D.Lgs. 81/08, entro il termine di 30 giorni.

Il lavoratore

Il Medico

Data...../...../.....