

RELAZIONE DI SOPRALLUOGO

Il giorno _____

Il dott./d.ssa _____ Medico competente dell'Azienda,

il RSPP _____ dell'Azienda, oltre a

Hanno effettuato un sopralluogo sul luogo di lavoro ubicato in

Via _____

Durata prevista dei lavori: _____

Caratteristiche dei luoghi di lavoro: _____

Superficie occupata: _____

Tipologia dei lavori: _____

Macchinari utilizzati: _____

Numero personale impiegato: Totale _____ Impiegati _____ Operai _____

Mansioni specifiche: _____

Rischi comportanti la sorveglianza sanitaria: _____

Vaccinazioni previste e/o consigliate: _____

Dispositivi di protezione individuale: _____

OSSERVAZIONI

SUGGERIMENTI

Note

IL MEDICO COMPETENTE

REFERTO PER SOSPETTA TECNOPATIA

Al Signor Procuratore della Repubblica
Tribunale di

Oggetto : referto per sospetta tecnopatia

Lo scrivente Dr....., domiciliato in
.....Via..... telefono.....in qualità di medico
competente/specialista/.....ha sottoposto a visita
presso..... in data
Il signor.....nato ail.....
e residente inViatelefono

Il predetto ha operato con le mansioni di
.....nel/nei reparto/icon
esposizione a (1).....
.....
presso la Dittaadibita alla produzione di
.....ed ubicata inVia

E' stata diagnosticata l'affezione , patologia
presumibilmente insorta a seguito di
.....
.....

Il lavoratore attualmente è / non è impiegato presso la Ditta
.....
ed è /non è ricoverato

(1) elencare i fattori di rischio potenzialmente causa dell'affezione diagnosticata con eventuali dati ove disponibili

data

IL MEDICO COMPETENTE

DENUNCIA PER SOSPETTA MALATTIA PROFESSIONALE

Al Servizio PRESAL della
ASL

Oggetto : denuncia per sospetta malattia professionale

Lo scrivente Dr....., domiciliato in
..... Via..... telefono..... in qualità di medico
competente/specialista/..... ha sottoposto a visita
presso..... in data

Il signor..... nato a il.....
e residente in Via telefono

Il predetto ha operato con le mansioni di
..... nel/nei reparto/i con
esposizione a (1).....

presso la Ditta adibita alla produzione di
..... ed ubicata in Via

E' stata diagnosticata l'affezione , patologia
presumibilmente insorta a seguito di

Il lavoratore attualmente è / non è impiegato presso la Ditta
..... ed è stato sottoposto a sorveglianza
sanitaria con il seguente esito.....

*(1) elencare i fattori di rischio potenzialmente causa dell'affezione diagnosticata con
eventuali dati ove disponibili*

data

IL MEDICO COMPETENTE

ANAMNESI FAMILIARE

Negativa

Positiva per :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Ipertensione arteriosa | <input type="radio"/> Altre cardiovasculopatie | <input type="radio"/> Diabete mellito |
| <input type="radio"/> Epatopatia | <input type="radio"/> Neoplasie | <input type="radio"/> TBC |
| <input type="radio"/> Allergopatie | <input type="radio"/> Vasculopatie arterioscl. | <input type="radio"/> Ulcera peptica |
| <input type="radio"/> Cardiopatia ischemica | <input type="radio"/> Stati disendocrini | <input type="radio"/> Osteoartropatie |
| <input type="radio"/> Urolitiasi | <input type="radio"/> Colelitiasi | <input type="radio"/> Mal. Nervose e/o mentali |
| <input type="radio"/> Anemie ereditarie | <input type="radio"/> Altro _____ | |

ANAMNESI FISIOLOGICA

STATO CIVILE

- celibe/nubile coniugato/a vedovo/a
 separato/a divorziato/a risposato/a figli _____

SCOLARITA'

- elementare media inf. superiore laurea altro

SERVIZIO MILITARE

- assolto: arma _____ anno: _____ non prestato per :

benefici di leva _____ cause fisiche _____

ALIMENTAZIONE normale moderata abbondante

ALCOOL astemio saltuariamente 50-150 gr/die > 150gr/die alcolici vino birra

FUMO

- non fumatore fumatore : n° sigarette al dì _____ da anni _____
 ex fumatore : da anni _____

USO ABITUALE DI FARMACI

- No Si : farmaci _____

ALLERGIE / INTOLLERANZE

- No Si : sostanze _____

DIGESTIONE

- fisiologica laboriosa _____

ALVO

- regolare stitico diarroico alterno

DIURESI

- regolare irregolare _____

MENARCA - FLUSSI MESTRUALI

menarca a _____ anni menopausa a _____ anni

mestruazioni regolari irregolari U.M. : _____

Gravidanze no si : a termine _____ pretermine _____ aborti _____

ANAMNESI PATOLOGICA

Esantemi infantili _____
Altre malattie infettive _____
Apparato respiratorio _____
Apparato cardiocircolatorio _____
Apparato digerente _____
Apparato urinario _____
Apparato genitale _____
Altro _____

Ricoveri ospedalieri/Interventi chirurgici _____

VACCINAZIONI

Vaccinazione antitetanica

D1 data _____ D2 data _____ D3 data _____
R1 data _____ R2 data _____ R3 data _____

Altre vaccinazioni _____

Dichiaro di essere vaccinato contro _____

Firma del lavoratore _____

STATO ATTUALE

Riferisce attuale pieno benessere

Riferisce i seguenti disturbi _____

ANAMNESI LAVORATIVA

Inizio dell'attività lavorativa ad anni _____

PRECEDENTI ATTIVITA' LAVORATIVE Non riferisce precedenti attività lavorative

RISCHI LAVORATIVI PREGRESSI Nessun rischio lavorativo pregresso

Rischio lavorativo pregresso per :

- Polveri silicee Polveri non silicee Polveri organiche Fibre Rischio allergico
 Microclima Rumore Vibrazioni Illuminazione Radiaz. Ionizzanti
 Radiaz. Non Ionizzanti Ag. tossici e/o nocivi Solventi Metalli pesanti
 Posture incongrue Movimentaz. di carichi Stress/Carico di lavoro
 Rischio biologico Sost. Cancerogene Uso videoterminali Infortunio
 Fumi/gas Piombo Altro _____

**LAVORO ATTUALE
SCHEDE DI RISCHIO**

operaio impiegato dirigente altro _____

descrizione del lavoro _____

ORARIO DI LAVORO giornaliero turnista notturno altro _____

PENDOLARITA' meno di 15' 15' - 30' 30' - 60' più di 60'

FATTORI SOGGETTIVI DI RISCHIO Nessun fattore soggettivo di rischio

Riferisce i seguenti fattori soggettivi di rischi :

- Polveri silicee Polveri non silicee Polveri organiche Fibre Rischio allergico
 Microclima Rumore Vibrazioni Illuminazione Radiaz. Ionizzanti
 Radiaz. Non Ionizzanti Ag. tossici e/o nocivi Solventi Metalli pesanti
 Posture incongrue Movimentaz. di carichi Stress/Carico di lavoro
 Rischio biologico Sost. Cancerogene Uso videoterminali Infortunio
 Fumi/gas Piombo Lavoro notturno
 Altro _____

INFORTUNI SUL LAVORO

Non riferisce pregressi infortuni sul lavoro

<input type="radio"/> Riferisce i seguenti infortuni sul lavoro	anno	prognosi gg
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Rendita INAIL % _____

MALATTIE PROFESSIONALI

Non riferisce pregresse malattie professionali

<input type="radio"/> Riferisce le seguenti malattie professionali	anno	INAIL %
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Totale rendita INAIL % _____

ALTRE INVALIDITA'

Non riferisce altre invalidità

<input type="radio"/> Riferisce le seguenti invalidità	anno	rendita %
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Totale altre rendite % _____

VALUTAZIONE ANAMNESTICA E FUNZIONALE DEL RACHIDE

- Durante il suo lavoro, sposta o solleva dei carichi ?
O NO O SI Di che peso ? _____ Kg Quante volte l'ora ? _____
- Ha mai sofferto di mal di schiena negli ultimi 12 mesi ? O NO O SI
- Ha mai sofferto di dolori alla cervicale ? O NO O SI
- Ha mai avuto dolore/fastidio alla schiena negli ultimi 12 mesi ? O NO O SI
- Se SI, quando ha avvertito il dolore, questo si è irradiato alla gamba o al piede ? O NO O SI
- Quanti episodi ha avuto nel corso degli ultimi 12 mesi ?
O 1 episodio O 2-3 episodi O 4 o più episodi
- E' accaduto durante l'orario di lavoro ? O NO O SI
- Quanto è durato l'attacco più lungo ?
O meno di 1 settimana O una o più settimane
- Quando il suo mal di schiena era al massimo, aveva difficoltà ad eseguire le seguenti azioni ? :
O camminare O sedersi e stare seduto O stare fermo in piedi
O sdraiarsi O vestirsi O chinarsi
O salire le scale O alzarsi da seduto O altro _____
- Negli ultimi 12 mesi il mal di schiena ha interferito con il suo normale lavoro ? O NO O SI
- Si è dovuto assentare dal lavoro per questo motivo negli ultimi 12 mesi ? O NO O SI
- Si è rivolto al suo medico curante a causa del mal di schiena negli ultimi 12 mesi ? O NO O SI
- Si è rivolto ad altri per curare il mal di schiena negli ultimi 12 mesi ?
O NO O SI O Ortopedico O Fisiatra O Fisioterapista
O altro (pranoterapeuta, agopuntore, chiropratico...) _____

MOVIMENTI DELLA COLONNA VERTEBRALE

	<i>Normale</i>	<i>Dolente</i>	<i>Ridotta</i>	<i>Abolita</i>
RACHIDE CERVICALE				
Flessione	0	0	0	0
Estensione	0	0	0	0
Inclinazione destra	0	0	0	0
Inclinazione sinistra	0	0	0	0
Rotazione destra	0	0	0	0
Rotazione sinistra	0	0	0	0
RACHIDE DORSALE				
Inclinazione destra	0	0	0	0
Inclinazione sinistra	0	0	0	0
Rotazione destra	0	0	0	0
Rotazione sinistra	0	0	0	0
RACHIDE LOMBOSACRALE				
Flessione	0	0	0	0
Estensione	0	0	0	0
Inclinazione destra	0	0	0	0
Inclinazione sinistra	0	0	0	0
DISMETRIE				
0 NO				
0 SI				
<hr/>				
0 Colonna normale				
0 Cifosi				
0 Lordosi				
0 Scoliosi				
0 Gibbo				
PALPAZIONE				
0 Dolente				
0 Non dolente				
RIFLESSI				
Addominali	0 Dx	0 Sn		
Rotuleo	0 Dx	0 Sn		
Achilleo	0 Dx	0 Sn		
Medio plantare	0 Dx	0 Sn		

ESAME OBIETTIVO

Altezza cm _____ Peso Kg _____

Condizioni generali Buone Discrete Mediocri Scadenti

CUTE, SOTTOCUTE, ANNESSI

N.d.r. dermat. eczematosa psoriasi micosi acne

alter. ungueali Altro _____

APPARATO LINFONODALE non palpabili altro _____

CAPO N.d.r. altro _____

APPARATO VISIVO

N.d.r. iperemia congiunt. strabismo uso di lenti correttive

DENTATURA propria protesizzata altro _____

OROFARINGE/LARINGE _____

N.d.r. iperemia tonsillopatia disfonia

COLLO soffi carotidei _____ TIROIDE _____

TORACE _____

Ispezione basi normoespansibili basi ipomobili alterazioni morfologiche

Specificare _____

Palpazione - FVT normotrasmeso ridotto aumentato

Specificare _____

Percussione suono chiaro polmon. ipofonesi timpanismo

Specificare _____

Ascoltazione murmure fisiologico rumori secchi rumori umidi

Specificare _____

MAMMELLE N.d.r. altro _____

CUORE

Frequenza cardiaca _____ battiti / minuto P.A. mmHg _____/ _____

N.d.r. aia ingrandita aritmia soffi e/o rumori toni rinforzati

toni parafonici toni sdoppiati I° II° altro _____

ADDOME

piano adiposo globoso trattabile dolente

N.d.r. ernia ombelicale ernia inguinale diastasi dei muscoli retti

altro _____

FEGATO / MILZA

N.d.r. epatomegalia segno di Murphy splenomegalia

altro _____

APPARATO UROGENITALE

N.d.r. segno di Giordano Altro _____

RACHIDE

N.d.r. dismorfismi spondiloartropatia I gr. spondiloartropatia II gr.

spondiloartropatia III gr. segno di Lasègue altro _____

ARTI N.d.r. altro _____

PICCOLE ARTICOLAZIONI N.d.r. altro _____

VASI SANGUIGNI

N.d.r. varici venose altro _____

SISTEMA NERVOSO app. integro altro _____

PSICHE N.d.r. altro _____

SINTESI CLINICA

Soggetto in buone condizioni generali di salute

Altro _____

Il sottoscritto dichiara di aver riferito notizie veritiere rispetto al proprio stato di salute e di non aver nulla sottaciuto.

Firma del lavoratore

Firma del medico competente

GIUDIZIO DI IDONEITA'

- IDONEO
- IDONEO ALL'ASSUNZIONE
- IDONEO ALLA MANSIONE SPECIFICA

IDONEITA' AL LAVORO NOTTURNO : SI NO NON RICHIESTA

- TEMPORANEAMENTE NON IDONEO

PER MOTIVI SANITARI TRANSITORI _____

PER MOTIVI SANITARI PERSISTENTI _____

- NON IDONEO
- NON IDONEO AL LAVORO GENERICO
- NON IDONEO ALLA MANSIONE SPECIFICA

PRESCRIZIONI – LIMITAZIONI – CONSIGLI

Lettera al medico curante

- No Si

Denuncia di malattia professionale

- No Si _____

*Firma e timbro
del medico*

Data, _____

CERTIFICATO DI IDONEITA' SPECIFICA

In base alla visita medica preventiva periodica del _____
ed agli accertamenti sanitari mirati al controllo dello stato di salute per i rischi specifici da
esposizione professionale

SI CERTIFICA

che il sig./la sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

in assunzione dipendente presso l'Azienda _____

E' IDONEO **NON E' IDONEO**

NON E' IDONEO TEMPORANEAMENTE

IDONEITA' AL LAVORO NOTTURNO : **SI** **NO** **NON RICHIESTA**

alla mansione di _____

Prescrizioni, controindicazioni e / o provvedimenti preventivi : _____

- NON E' POSSIBILE ESPRIMERE GIUDIZIO DI IDONEITA' perché non sono stati completati gli accertamenti richiesti.
- SI DECLINA OGNI RESPONSABILITA' IN ORDINE AL GIUDIZIO DI IDONEITA', in quanto, più volte convocata, la S.V. non si è presentata e vista.

Validità: **Trimestrale** **Semestrale** **Annuale** **Biennale**

Richiesta dal lavoratore _____

Altro _____

Salvo diversa necessità in relazione a variazioni dell'esposizione a situazioni patologiche verificatesi nel frattempo o a richiesta del lavoratore se correlata ai rischi professionali.

In caso di inidoneità, è ammesso ricorso all'organo di vigilanza della USL entro 30 giorni ai sensi dell'art.17 comma 4 del D. Lgs. 626/94

Firma del lavoratore

Per avvenuta informazione sull'esito
degli accertamenti sanitari (D. Lgs 626/94 art. 17,1)

Timbro e firma del medico

Data. _____