

Allegato IIIA al decreto del 09/04/2008 n. 81

CONTENUTI DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

ANAGRAFICA DEL LAVORATORE:

Cognome e Nome

Sesso

Luogo di nascita

Data di nascita

Domicilio¹

Nazionalità

Codice Fiscale

DATI RELATIVI ALL'AZIENDA:

Ragione Sociale o codice conto (nel caso di natanti)

Unità Produttiva sede di lavoro / numero certificato unità navale

Indirizzo Unità produttiva

Attività svolta²

VISITA PREVENTIVA

REPARTO³ E MANSIONE SPECIFICA DI DESTINAZIONE

FATTORI DI RISCHIO⁴

ANAMNESI LAVORATIVA⁵

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLÓGICA

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA⁶

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA⁶

PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA (protocollo sanitario)

ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI⁷

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE⁸

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA⁹

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA¹⁰

DATA

FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE

VISITE SUCCESSIVE¹¹

REPARTO1 E MANSIONE SPECIFICA

FATTORI DI RISCHIO (se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli¹²)

RACCORDO ANAMNESTICO

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI⁹

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE⁸

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA⁹

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA¹⁰

DATA

FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE _____

CONTENUTI MINIMI DELLA COMUNICAZIONE SCRITTA DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE:

GENERALITÀ DEL LAVORATORE

RAGIONE SOCIALE DELL'AZIENDA

REPARTO³, MANSIONE E RISCHI

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA

DATA DELLA ESPRESSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA (periodicità)

FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE
INFORMAZIONI SULLA POSSIBILITÀ DI RICORSO
DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL LAVORATORE
FIRMA DEL LAVORATORE¹³
DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL DATORE DI LAVORO

NOTE:

Le pagine della cartella sanitaria e di rischio devono essere numerate in ordine progressivo.

1 Indicare Comune e Provincia, indirizzo, recapito telefonico

2 riferita a comparto/lavorazione/codice categoria naviglio.

3 da non indicare in caso di reparto unico.

4 Specificare quali fattori di rischio, indicando anche, nei casi previsti dalla normativa vigente, i livelli di esposizione individuale.

5 Specificare, con riferimento all'intera storia lavorativa del soggetto, comparti/lavorazioni svolte, relativo periodo e principali rischi riferiti dal lavoratore e tipologia contrattuale.

6 Indicare sempre tipologia di invalidità (lavorativa o civile), malattie professionali riconosciute, tipologia e anno infortuni riferiti dal lavoratore.

7 Elencare gli accertamenti eseguiti riportando in forma sintetica i risultati e allegando alla cartella i relativi referti.

8 Indicare gli eventuali provvedimenti adottati dal medico competente quali ad esempio 1° certificato di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 D.P.R.

1124/65, segnalazione di malattia professionale ex art. 139 D.P.R. 1124/65, lettere al curante, ecc...

9 Ai sensi dell'art. 41 c 6.

10 Da indicare solo se diversa da quella riscontrabile dal protocollo sanitario.

11 Specificare la tipologia di visita di cui all'art.41 comma 2.

12 Specificare quali con riferimento alla valutazione dei rischi, indicando anche, nei casi previsti dalla normativa vigente, i livelli di esposizione individuale.ù