AZIENDA

SEDE .....

DOCUMENTO SANITARIO PERSONALE

(art. 90 D.Lgs. n. 230/95 e succ. modif. ed integrazioni)

integrato

CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

(art. 25 D. Lgs 81/2008 e succ. modif. ed integrazioni)

INTESTATO A

……

DOCUMENTO SANITARIO PERSONALE

(art. 90 D.Lgs. n. 230/95 e succ. modif. ed integrazioni)

CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

(art. 25 D. Lgs 81/2008 e succ. modif. ed integrazioni)

ANAGRAFICA DEL LAVORATORE

Lavoratore …… Sesso □ M □ F

Luogo e data di nascita ……

Codice Fiscale ……

Domicilio (comune e Prov.) ……

Via …… Tel. ……

Nazionalità ……

DATI RELATIVI ALL'AZIENDA

Datore di Lavoro (Ragione Sociale) ……

Data di assunzione ……

Unità Produttiva (Sede/i di lavoro) ……

Indirizzo Unità Produttiva ……

Attività dell'Azienda (comparto/lavorazione) ……

Il presente documento sanitario personale/cartella sanitaria e di rischio è istituito per:

- esaurimento del documento precedente
- altri motivi ……

……

Il presente documento sanitario personale/cartella sanitaria e di rischio è costituito da n. …… pagine

Il Medico Competente/Autorizzato

……

Il Datore di Lavoro

Data ……. ……

☐ VISITA MEDICA PREVENTIVA ☐ VISITA MEDICA PREVENTIVA IN FASE PREASSUNTIVA

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Reparto ……

Destinazione lavorativa – Mansione ……

Rischi da radiazioni ionizzanti ☐ No ☐ Si

☐ Irradiazione ESTERNA (2) ……

☐ Irradiazione INTERNA (3) ……

Classificazione ☐ Lavoratore esposto di cat. A ☐ Lavoratore esposto di cat. B

Esposizione ad altri fattori di rischio per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria

☐ No ☐ Si

Fattori di rischio (Specificare quali)

☐ Rumore	☐ Sostanze chimiche	☐ R.O.A.	☐ Vibrazioni
☐ Videoterminali	☐ Posizioni incongrue e/o viziate	☐ C.E.M.	☐ Biologico
☐ MMC	☐ Lavoro in altezza	☐ Piombo	☐ Lavoro notturno
☐ Polveri	☐ Mutageni	☐ Cancerogeni	☐ Polveri di legno

☐ Altro: ……

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente ..……

☐ Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)

☐ Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

(1) I dati di questa sezione sono forniti dal datore di lavoro (indicare il n° degli allegati) (2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio (3) Specificare radionuclidi

II. ANAMNESI LAVORATIVA

Esposizioni precedenti a R.I. ☐ No ☐ Si

Dose accumulata per esposizione totale (1) mSv ……

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv ……

b) Per esposizione di emergenza mSv ……

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv ……

Dose accumulata a parti del corpo (2) mSv ……

Dose efficace impegnata (3) mSv ……

Data dell'incorporazione (1) ……

Esposizioni precedenti ad altri fattori di rischio ☐ No ☐ Si (2)

Comparto/lavorazione svolta	Dal	Al	Rischio	Tipologia contrattuale
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……

(1) Fornita dal datore di lavoro (2) Specificare quali (3) Specificare radionuclidi

III. ANAMNESI FAMILIARE

☐ Negativa ☐ Positiva per: ☐ Diabete mellito ☐ Neoplasie ☐ Ipertensione arteriosa

☐ Distiroidismi ☐ Ictus cerebri ☐ Altro……

IV. ANAMNESI PERSONALE

Servizio militare: ☐ assolto ☐ esonerato per benefici di legge ☐ esonerato per cause sanitarie ……...

Stato civile: ☐ libero ☐ coniugato ☐ altro …… Figli ……

Scolarità: ……

ANAMNESI FISIOLOGICA

Menarca …….... Gravidanze a termine …….. ….. Aborti ……

Menopausa …… Ultima mestruazione ……

Alimentazione …… Caffè ……

Alcool …… Fumo ……

Alvo …… Diuresi …… Sonno ……

Anticoncezionali …… Tossicodipendenze……

Sport …… Hobby ……

Vaccinazioni: ☐ Antiepatite B ☐ Antitetanica ☐ Altro ……

……

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

……

……

……

……

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Allergiche/intolleranze ……

Terapie abituali ……

Esposizione a radiazioni ionizzanti dovuta a trattamenti medici (indicare il tipo di trattamento e la dose, se conosciuta)

……

……

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi) ☐ No ☐ Si ……

……

……

Invalidità riconosciute ☐ No ☐ Si

☐ Invalidità civile ☐ INPS ☐ INAIL ☐ Assicurazioni Private

Tipologia ……

Anno …… Punteggio ……

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma ☐ No ☐ Si

……

Altre notizie utili ai fini anamnestici lavorativi ☐ No ☐ Si ……

Il sottoscritto dichiara che le informazioni date sono complete e rispondenti al vero e si assume la responsabilità di quanto dichiarato.

Data …… Firma del lavoratore ……

PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA (protocolli, periodicità)

Tipo di esame	Periodicità in mesi		Periodicità in mesi		Periodicità in mesi
○ Visita medica	.....	○ Visita oculistica	.....	○ Visita oculistica in midriasi	.....
○ Analisi cliniche	.....	○ ECG	.....	○ Spirometria	.....
○ Audiometria	.....	○ Sangue occulto	.....	○ Es. Cl-Funz. del rachide	.....
○ Eco tiroide	.....	○ Eco addome completo	.....	○ Altro	.....
○ …….	…….	○ ……..	……..	○ ……..	……..

V. ESAME OBIETTIVO GENERALE (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

Condizioni generali ..... Peso kg ..... Altezza cm ……,….....……

Cute. e annesssi	☐ Nella norma	☐ Altro	
Linfonodi	☐ Nella norma	☐ Altro	
Capo e collo (tiroide)	☐ Nella norma	☐ Altro	
Apparato respiratorio	☐ Nella norma	☐ Altro	
Apparato Cardiovascolare	☐ Nella norma	☐ Altro	
PA	FC		
Addome	☐ Nella norma	☐ Altro	
Organi ipocondriaci	☐ Nella norma	☐ Altro	
App. urogenitale	☐ Nella norma	☐ Altro	
Sistema nervoso	☐ Nella norma	☐ Altro	
Psiche	☐ Lucida	☐ Altro	
Apparato osteoarticolare	☐ Nella norma	☐ Vedi allegato	☐ Altro .....

.....

.....

Altri rilievi clinici ☐ No ☐ Si .....

.....

VI. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI (specialistici e/o di laboratorio)

(elencare gli accertamenti eseguiti riportando in forma sintetica i risultati e allegando alla cartella i relativi referti numerati)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO ☐ No ☐ Si

☐ 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

……..……

☐ Lettera al curante ……

VII. VALUTAZIONI CONCLUSIVE

(dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....

.....

.....

.....

Data …….. Il Medico Competente/Autorizzato

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AL RISCHIO DA RADIAZIONI IONIZZANTI

(ai sensi del D.Lgs 230/95 e s.m.i.)

☐ Idoneo

☐ Idoneo con le seguenti condizioni: ……..

☐ Non idoneo

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi …….…… a decorrere dalla data della visita medica.

Da sottoporre a nuova visita medica il …….…….

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore — Firma del medico addetto alla sorveglianza medica

..... ……

IX. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

☐ Idoneo alla mansione specifica

☐ Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

……
……

☐ Inidoneo temporaneamente

☐ Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva ……..……..……..…….

Data .....

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell'art. 84, comma 6 D.Lgs 230/95), 2) sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 3) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 4) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 5) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Firma del lavoratore — Firma del Medico Competente/Autorizzato

..... ……

X. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il ..... a mezzo ……

Firma del medico

……

VISITA MEDICA SUCCESSIVA N. ……..…

DATA ……

☐ **PERIODICA** ☐ **STRAORDINARIA** ☐ **ECCEZIONALE**

Per ☐ Esposizione alle R.I. ☐ Esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione: ☐ Idoneità alla mansione specifica ☐ In occasione del cambio della mansione

☐ Su richiesta (specificare chi)…… ☐ Fine del rapporto di lavoro o altri motivi

☐ Controllo cessazione inidoneità o altri motivi

☐ Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variazione destinazione lavorativa o mansione ☐ No ☐ Si

Reparto .....

Destinazione lavorativa – Mansioni .....

Rischi da radiazioni ionizzanti

☐ Irradiazione ESTERNA (2) .....

.....

☐ Irradiazione INTERNA (3) .....

.....

Classificazione ☐ Lavoratore esposto di cat. A ☐ Lavoratore esposto di cat. B

(1) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare il n° degli allegati)
(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio
(3) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) ☐ No ☐ Si

Fattori di rischio	☐ Rumore	☐ Sostanze chimiche	☐ R.O.A.	☐ Mutageni
(Se diversi o variati	☐ Videoterminali	☐ Posizioni incongrue e/o viziate	☐ C.E.M.	☐ Lavoro notturno
rispetto ai precedenti	☐ MMC	☐ Biologico	☐ Piombo	☐ Polveri di legno
controlli)	☐ Polveri	☐ Vibrazioni	☐ Cancerogeni	☐ Lavoro in altezza
	☐ Altro:			

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente ..……...……

☐ Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)

☐ Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv .....

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv .....

b) Per esposizione di emergenza mSv .....

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv .....

Dose a parti del corpo (1) .....

Dose efficace impegnata (2) .....

(1) Specificare quali
(2) Specificare radionuclidi

III . ANAMNESI INTERCORRENTE

ANAMNESI FISIOLOGICA

Ultima mestruazione ..... Cicli .....

Alimentazione ..... Caffe .....

Alcool ..... Fumo .....

Alvo ..... Diuresi ..... Sonno .....

Anticoncezionali ..... Tossicodipendenze .....

Sport ..... Hobby .....

Vaccinazioni ☐ Antiepatite B ☐ Antitetanica ☐ Altro .....

.....

ANAMNESI PATOLOGICA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Terapie abituali .....

Esposizione a radiazioni ionizzanti dovuta a trattamenti medici (indicare il tipo di trattamento e la dose, se conosciuta) ☐ No ☐ Si

.....
.....

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi) ☐ No ☐ Si .....
.....
.....

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni Private) ☐ No ☐ Si
.....
.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma ☐ No ☐ Si

.....
.....

Il sottoscritto dichiara che le informazioni date sono complete e rispondenti al vero e si assume la responsabilità di quanto dichiarato.

Data ..... Firma del lavoratore ……

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

Tipo di esame	Periodicità in mesi		Periodicità in mesi		Periodicità in mesi
○ Visita medica	.....	○ Visita oculistica	.....	○ Visita oculistica in midriasi	.....
○ Analisi cliniche	.....	○ ECG	.....	○ Spirometria	.....
○ Audiometria	.....	○ Sangue occulto	.....	○ Es. Cl-Funz. del rachide	.....
○ Eco tiroide	.....	○ Eco addome completo	.....	○ Altro ……	.....
○ ……..	……	○ ……..	……..	○ ……..	……..

IV . ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali ..... Peso kg ..... Altezza cm .....

Cute. e annesssi ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Linfonodi ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Capo e collo (tiroide) ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Apparato respiratorio ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Apparato Cardiovascolare ☐ Nella norma ☐ Altro .....

PA ..... FC .....

Addome ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Organi ipocondriaci ☐ Nella norma ☐ Altro .....

App. urogenitale ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Sistema nervoso ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Psiche ☐ Lucida ☐ Altro .....

Apparato osteoarticolare ☐ Nella norma ☐ Vedi allegato ☐ Altro .....

.....

.....

Altri rilievi clinici ☐ No ☐ Si .....

.....

V . ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio
(elencare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

.....
.....
.....
.....
.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO ☐ No ☐ Si

☐ 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
……

☐ Lettera al curante ……

VI . VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....
.....
.....
.....
.....

Data …….. Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

☐ Idoneo

☐ Idoneo con le seguenti condizioni: ……

☐ Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione

☐ Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi ……..…… a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il ……..……..

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore Il Medico addetto alla sorveglianza medica

..... ……

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA

(ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

☐ Idoneo alla mansione specifica

☐ Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

……

……....……..……

☐ Inidoneo temporaneamente

☐ Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva ……..……

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data .....

Firma del lavoratore Firma del medico competente

....

X. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il ..... a mezzo .....

Firma del medico

.....

VISITA MEDICA SUCCESSIVA N. ……..…

DATA ……

☐ **PERIODICA** ☐ **STRAORDINARIA** ☐ **ECCEZIONALE**

Per ☐ Esposizione alle R.I. ☐ Esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione: ☐ Idoneità alla mansione specifica ☐ In occasione del cambio della mansione

☐ Su richiesta (specificare chi)…… ☐ Fine del rapporto di lavoro o altri motivi

☐ Controllo cessazione inidoneità o altri motivi

☐ Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi

1. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variazione destinazione lavorativa o mansione ☐ No ☐ Si

Reparto .....

Destinazione lavorativa – Mansioni .....

Rischi da radiazioni ionizzanti

☐ Irradiazione ESTERNA (2) .....

.....

☐ Irradiazione INTERNA (3) .....

.....

Classificazione ☐ Lavoratore esposto di cat. A ☐ Lavoratore esposto di cat. B

(1) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare il n° degli allegati)
(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio
(3) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) ☐ No ☐ Si

Fattori di rischio	☐ Rumore	☐ Sostanze chimiche	☐ R.O.A.	☐ Mutageni
(Se diversi o variati	☐ Videoterminali	☐ Posizioni incongrue e/o viziate	☐ C.E.M.	☐ Lavoro notturno
rispetto ai precedenti	☐ MMC	☐ Biologico	☐ Piombo	☐ Polveri di legno
controlli)	☐ Polveri	☐ Vibrazioni	☐ Cancerogeni	☐ Lavoro in altezza

☐ Altro .....

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente ……..……

☐ Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)

☐ Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv .....

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv .....

b) Per esposizione di emergenza mSv .....

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv .....

Dose a parti del corpo (1) .....

Dose efficace impegnata (2 .....

(1) Specificare quali
(2) Specificare radionuclidi

III. ANAMNESI INTERCORRENTE

ANAMNESI FISIOLOGICA

Ultima mestruazione ..... Cicli .....

Alimentazione ..... Caffe .....

Alcool ..... Fumo .....

Alvo ..... Diuresi ..... Sonno .....

Anticoncezionali ..... Tossicodipendenze .....

Sport ..... Hobby .....

Vaccinazioni ☐ Antiepatite B ☐ Antitetanica ☐ Altro .....

……

ANAMNESI PATOLOGICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Terapie abituali .....

Esposizione a radiazioni ionizzanti dovuta a trattamenti medici (indicare il tipo di trattamento e la dose, se conosciuta) ☐ No ☐ Si

.....

.....

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi) ☐ No ☐ Si .....

.....

.....

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni Private) ☐ No ☐ Si

.....

.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma ☐ No ☐ Si

.....

.....

Il sottoscritto dichiara che le informazioni date sono complete e rispondenti al vero e si assume la responsabilità di quanto dichiarato.

Data ..... Firma del lavoratore ……

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

Tipo di esame	Periodicità in mesi		Periodicità in mesi		Periodicità in mesi
○ Visita medica	.....	○ Visita oculistica	.....	○ Visita oculistica in midriasi	.....
○ Analisi cliniche	.....	○ ECG	.....	○ Spirometria	.....
○ Audiometria	.....	○ Sangue occulto	.....	○ Es. Cl-Funz. del rachide	.....
○ Eco tiroide	.....	○ Eco addome completo	.....	○ Altro ……	.....
○ …….	…….	○ ……..	……..	○ ……..	……..

IV. ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali ..... Peso kg ..... Altezza cm .....

Cute. e annesssi ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Linfonodi ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Capo e collo (tiroide) ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Apparato respiratorio ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Apparato Cardiovascolare ☐ Nella norma ☐ Altro .....

PA ..... FC .....

Addome ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Organi ipocondriaci ☐ Nella norma ☐ Altro .....

App. urogenitale ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Sistema nervoso ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Psiche ☐ Lucida ☐ Altro .....

Apparato osteoarticolare ☐ Nella norma ☐ Vedi allegato ☐ Altro .....

.....

.....

Altri rilievi clinici ☐ No ☐ Si .....

.....

V. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio

(elencare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO ☐ No ☐ Si

☐ 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
……

☐ Lettera al curante ……

VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data …….. Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

- ☐ Idoneo
- ☐ Idoneo con le seguenti condizioni: …….....……
- ☐ Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione
- ☐ Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi ……..…… a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il ……..……..

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore ..... Il Medico addetto alla sorveglianza medica ……

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

- ☐ Idoneo alla mansione specifica
- ☐ Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

……
…….....……

- ☐ Inidoneo temporaneamente
- ☐ Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva ……..……

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data .....

Firma del lavoratore ..... Firma del medico competente …….....…….....……

IX. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il ..... a mezzo .....

Firma del medico

VISITA MEDICA SUCCESSIVA N. ……..…

DATA ……

☐ **PERIODICA** ☐ **STRAORDINARIA** ☐ **ECCEZIONALE**

Per ☐ Esposizione alle R.I. ☐ Esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione: ☐ Idoneità alla mansione specifica ☐ In occasione del cambio della mansione

☐ Su richiesta (specificare chi)…… ☐ Fine del rapporto di lavoro o altri motivi

☐ Controllo cessazione inidoneità o altri motivi

☐ Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variazione destinazione lavorativa o mansione ☐ no ☐ Si

Reparto .....

Destinazione lavorativa – Mansioni .....

Rischi da radiazioni ionizzanti

☐ Irradiazione ESTERNA (2) .....

.....

☐ Irradiazione INTERNA (3) .....

.....

Classificazione ☐ Lavoratore esposto di cat. A ☐ Lavoratore esposto di cat. B

(1) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare il n° degli allegati)
(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio
(3) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) ☐ No ☐ Si

Fattori di rischio	☐ Rumore	☐ Sostanze chimiche	☐ R.O.A.	☐ Mutageni
(Se diversi o variati	☐ Videoterminali	☐ Posizioni incongrue e/o viziate	☐ C.E.M.	☐ Lavoro notturno
rispetto ai precedenti	☐ MMC	☐ Biologico	☐ Piombo	☐ Polveri di legno
controlli)	☐ Polveri	☐ Vibrazioni	☐ Cancerogeni	☐ Lavoro in altezza

☐ Altro .....

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente ..……..……

☐ Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)

☐ Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv .....

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv .....

b) Per esposizione di emergenza mSv .....

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv .....

Dose a parti del corpo (1) .....

Dose efficace impegnata (2) .....

(1) Specificare quali
(2) Specificare radionuclidi

III. ANAMNESI INTERCORRENTE

ANAMNESI FISIOLOGICA

Ultima mestruazione ..... Cicli .....

Alimentazione ..... Caffe .....

Alcool ..... Fumo .....

Alvo ..... Diuresi ..... Sonno .....

Anticoncezionali ..... Tossicodipendenze .....

Sport ..... Hobby .....

Vaccinazioni ☐ Antiepatite B ☐ Antitetanica ☐ Altro .....

.....

ANAMNESI PATOLOGICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Terapie abituali .....

Esposizione a radiazioni ionizzanti dovuta a trattamenti medici (indicare il tipo di trattamento e la dose, se conosciuta) ☐ No ☐ Si

.....

.....

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi) ☐ No ☐ Si .....

.....

.....

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni Private) ☐ No ☐ Si

.....

.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma ☐ No ☐ Si

.....

.....

Il sottoscritto dichiara che le informazioni date sono complete e rispondenti al vero e si assume la responsabilità di quanto dichiarato.

Data ..... Firma del lavoratore ……

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

Tipo di esame	Periodicità in mesi		Periodicità in mesi		Periodicità in mesi
○ Visita medica	.....	○ Visita oculistica	.....	○ Visita oculistica in midriasi	.....
○ Analisi cliniche	.....	○ ECG	.....	○ Spirometria	.....
○ Audiometria	.....	○ Sangue occulto	.....	○ Es. Cl-Funz. del rachide	.....
○ Eco tiroide	.....	○ Eco addome completo	.....	○ Altro ……	.....
○ …….	…….	○ ……..	……..	○ ……..	……..

IV. ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali ..... Peso kg..... Altezza cm .....

Cute. e annesssi	☐ Nella norma	☐ Altro	
Linfonodi	☐ Nella norma	☐ Altro	
Capo e collo (tiroide)	☐ Nella norma	☐ Altro	
Apparato respiratorio	☐ Nella norma	☐ Altro	
Apparato Cardiovascolare	☐ Nella norma	☐ Altro	
PA.....	FC		
Addome	☐ Nella norma	☐ Altro	
Organi ipocondriaci	☐ Nella norma	☐ Altro	
App. urogenitale	☐ Nella norma	☐ Altro	
Sistema nervoso	☐ Nella norma	☐ Altro	
Psiche	☐ Lucida	☐ Altro	
Apparato osteoarticolare	☐ Nella norma	☐ Vedi allegato	☐ Altro .....

.....

.....

Altri rilievi clinici ☐ No ☐ Si .....

.....

V. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio

(elencare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO ☐ No ☐ Si

☐ 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
……

☐ Lettera al curante ……

VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data …….. Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

☐ Idoneo

☐ Idoneo con le seguenti condizioni: …….....……

☐ Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione

☐ Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi ……..…… a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il ……..……..

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore — Il Medico addetto alla sorveglianza medica

..... ……....……

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

☐ Idoneo alla mansione specifica

☐ Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

……
……....……..……

☐ Inidoneo temporaneamente

☐ Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva ……..……

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data ….....

Firma del lavoratore — Firma del medico competente

..... ……

IX. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il ..... a mezzo .....

Firma del medico

.....

VISITA MEDICA SUCCESSIVA N. …….....…

DATA ……

☐ **PERIODICA** ☐ **STRAORDINARIA** ☐ **ECCEZIONALE**

Per ☐ Esposizione alle R.I. ☐ Esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione: ☐ Idoneità alla mansione specifica ☐ In occasione del cambio della mansione

☐ Su richiesta (specificare chi)…… ☐ Fine del rapporto di lavoro o altri motivi

☐ Controllo cessazione inidoneità o altri motivi

☐ Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variazione destinazione lavorativa o mansione ☐ no ☐ Si

Reparto .....

Destinazione lavorativa – Mansioni .....

Rischi da radiazioni ionizzanti

☐ Irradiazione ESTERNA (2) .....

.....

☐ Irradiazione INTERNA (3) .....

.....

Classificazione ☐ Lavoratore esposto di cat. A ☐ Lavoratore esposto di cat. B

(1) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare il n° degli allegati)
(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio
(3) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) ☐ No ☐ Si

Fattori di rischio	☐ Rumore	☐ Sostanze chimiche	☐ R.O.A.	☐ Mutageni
(Se diversi o variati	☐ Videoterminali	☐ Posizioni incongrue e/o viziate	☐ C.E.M.	☐ Lavoro notturno
rispetto ai precedenti	☐ MMC	☐ Biologico	☐ Piombo	☐ Polveri di legno
controlli)	☐ Polveri	☐ Vibrazioni	☐ Cancerogeni	☐ Lavoro in altezza

☐ Altro .....

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente ……

☐ Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)

☐ Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv .....

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv .....

b) Per esposizione di emergenza mSv .....

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv .....

Dose a parti del corpo (1) .....

Dose efficace impegnata (2) .....

(1) Specificare quali
(2) Specificare radionuclidi

III. ANAMNESI INTERCORRENTE

ANAMNESI FISIOLOGICA

Ultima mestruazione ..... Cicli .....

Alimentazione ..... Caffe .....

Alcool ..... Fumo .....

Alvo ..... Diuresi ..... Sonno .....

Anticoncezionali ..... Tossicodipendenze .....

Sport ..... Hobby .....

Vaccinazioni ☐ Antiepatite B ☐ Antitetanica ☐ Altro .....

……

ANAMNESI PATOLOGICA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Terapie abituali .....

Esposizione a radiazioni ionizzanti dovuta a trattamenti medici (indicare il tipo di trattamento e la dose, se conosciuta) ☐ No ☐ Si

.....
.....

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi) ☐ No ☐ Si .....
.....
.....

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni Private) ☐ No ☐ Si
.....
.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma ☐ No ☐ Si
.....
.....

Il sottoscritto dichiara che le informazioni date sono complete e rispondenti al vero e si assume la responsabilità di quanto dichiarato.

Data ..... Firma del lavoratore ……

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

Tipo di esame	Periodicità in mesi		Periodicità in mesi		Periodicità in mesi
○ Visita medica	.....	○ Visita oculistica	.....	○ Visita oculistica in midriasi	.....
○ Analisi cliniche	.....	○ ECG	.....	○ Spirometria	.....
○ Audiometria	.....	○ Sangue occulto	.....	○ Es. Cl-Funz. del rachide	.....
○ Eco tiroide	.....	○ Eco addome completo	.....	○ Altro ……	.....
○ …….	…….	○ ……..	……..	○ ……..	……..

IV. ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali ..... Peso kg ..... Altezza cm .....

Cute. e annesssi	☐ Nella norma	☐ Altro .....
Linfonodi	☐ Nella norma	☐ Altro .....
Capo e collo (tiroide)	☐ Nella norma	☐ Altro .....
Apparato respiratorio	☐ Nella norma	☐ Altro .....
Apparato Cardiovascolare	☐ Nella norma	☐ Altro .....
PA……	FC	
Addome	☐ Nella norma	☐ Altro .....
Organi ipocondriaci	☐ Nella norma	☐ Altro .....
App. urogenitale	☐ Nella norma	☐ Altro .....
Sistema nervoso	☐ Nella norma	☐ Altro .....
Psiche	☐ Lucida	☐ Altro ……..
Apparato osteoarticolare	☐ Nella norma	☐ Vedi allegato ☐ Altro ……..

.....

.....

Altri rilievi clinici ☐ No ☐ Si ……..…….....

.....

V. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio

(elencare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO ☐ No ☐ Si

☐ 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
……

☐ Lettera al curante ……

VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data …….. Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

- ☐ Idoneo
- ☐ Idoneo con le seguenti condizioni: ……
- ☐ Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione
- ☐ Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi ……..…… a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il ……..……..

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore ..... Il Medico addetto alla sorveglianza medica ……

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

- ☐ Idoneo alla mansione specifica
- ☐ Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

……
……..……

- ☐ Inidoneo temporaneamente
- ☐ Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva ……..……

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data .....

Firma del lavoratore ..... Firma del medico competente ……

IX. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il ..... a mezzo .....

Firma del medico

.....

VISITA MEDICA SUCCESSIVA N. ……..…

DATA ……

☐ **PERIODICA** ☐ **STRAORDINARIA** ☐ **ECCEZIONALE**

Per ☐ Esposizione alle R.I. ☐ Esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione: ☐ Idoneità alla mansione specifica ☐ In occasione del cambio della mansione

☐ Su richiesta (specificare chi)…… ☐ Fine del rapporto di lavoro o altri motivi

☐ Controllo cessazione inidoneità o altri motivi

☐ Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variazione destinazione lavorativa o mansione ☐ no ☐ Si

Reparto .....

Destinazione lavorativa – Mansioni .....

Rischi da radiazioni ionizzanti

☐ Irradiazione ESTERNA (2) .....

.....

☐ Irradiazione INTERNA (3) .....

.....

Classificazione ☐ Lavoratore esposto di cat. A ☐ Lavoratore esposto di cat. B

(1) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare il n° degli allegati)
(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio
(3) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) ☐ No ☐ Si

Fattori di rischio	☐ Rumore	☐ Sostanze chimiche	☐ R.O.A.	☐ Mutageni
(Se diversi o variati	☐ Videoterminali	☐ Posizioni incongrue e/o viziate	☐ C.E.M.	☐ Lavoro notturno
rispetto ai precedenti	☐ MMC	☐ Biologico	☐ Piombo	☐ Polveri di legno
controlli)	☐ Polveri	☐ Vibrazioni	☐ Cancerogeni	☐ Lavoro in altezza

☐ Altro .....

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente ..……

☐ Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)

☐ Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv .....

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv .....

b) Per esposizione di emergenza mSv .....

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv .....

Dose a parti del corpo (1) .....

Dose efficace impegnata (2) .....

(1)Specificare quali
(2)Specificare radionuclidi

III. ANAMNESI INTERCORRENTE

ANAMNESI FISIOLOGICA

Ultima mestruazione ..... Cicli .....

Alimentazione ..... Caffe .....

Alcool ..... Fumo .....

Alvo ..... Diuresi ..... Sonno .....

Anticoncezionali ..... Tossicodipendenze .....

Sport ..... Hobby .....

Vaccinazioni ☐ Antiepatite B ☐ Antitetanica ☐ Altro .....

.....

ANAMNESI PATOLOGICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Terapie abituali .....

Esposizione a radiazioni ionizzanti dovuta a trattamenti medici (indicare il tipo di trattamento e la dose, se conosciuta) ☐ No ☐ Si

.....

.....

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi) ☐ No ☐ Si .....

.....

.....

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni Private) ☐ No ☐ Si

.....

.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma ☐ No ☐ Si

.....

.....

Il sottoscritto dichiara che le informazioni date sono complete e rispondenti al vero e si assume la responsabilità di quanto dichiarato.

Data ..... Firma del lavoratore …….....……

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

Tipo di esame	Periodicità in mesi		Periodicità in mesi		Periodicità in mesi
○ Visita medica	.....	○ Visita oculistica	.....	○ Visita oculistica in midriasi	.....
○ Analisi cliniche	.....	○ ECG	.....	○ Spirometria	.....
○ Audiometria	.....	○ Sangue occulto	.....	○ Es. Cl-Funz. del rachide	.....
○ Eco tiroide	.....	○ Eco addome completo	.....	○ Altro ……	.....
○ ……..	……..	○ ……..	……..	○ ……..	……..

IV. ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali ..... Peso kg. ..... Altezza cm .....

Cute. e annesssi	☐ Nella norma	☐ Altro .....
Linfonodi	☐ Nella norma	☐ Altro .....
Capo e collo (tiroide)	☐ Nella norma	☐ Altro .....
Apparato respiratorio	☐ Nella norma	☐ Altro .....
Apparato Cardiovascolare	☐ Nella norma	☐ Altro .....

PA ..... FC .....

Addome	☐ Nella norma	☐ Altro .....
Organi ipocondriaci	☐ Nella norma	☐ Altro .....
App. urogenitale	☐ Nella norma	☐ Altro .....
Sistema nervoso	☐ Nella norma	☐ Altro .....
Psiche	☐ Lucida	☐ Altro .....
Apparato osteoarticolare	☐ Nella norma	☐ Vedi allegato ☐ Altro .....

.....

.....

Altri rilievi clinici ☐ No ☐ Si .....

.....

V. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio

(elencare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO ☐ No ☐ Si

☐ 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
……

☐ Lettera al curante ……

VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....

.....

.....

.....

.....

Data …….. Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

☐ Idoneo

☐ Idoneo con le seguenti condizioni: …….....……

☐ Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione

☐ Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi ……..…… a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il ……..…….

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore Il Medico addetto alla sorveglianza medica

..... ……

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

☐ Idoneo alla mansione specifica

☐ Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

……
…….....……

☐ Inidoneo temporaneamente

☐ Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva ……..……

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data .....

Firma del lavoratore Firma del medico competente

..... ……

IX. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il ..... a mezzo .....

Firma del medico

VISITA MEDICA SUCCESSIVA N. ……..…

DATA ……

☐ **PERIODICA** ☐ **STRAORDINARIA** ☐ **ECCEZIONALE**

Per Motivazione:

- ☐ Esposizione alle R.I.
- ☐ Esposizione ad altri fattori di rischio
- ☐ Idoneità alla mansione specifica
- ☐ In occasione del cambio della mansione
- ☐ Su richiesta (specificare chi)……
- ☐ Fine del rapporto di lavoro o altri motivi
- ☐ Controllo cessazione inidoneità o altri motivi
- ☐ Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variazione destinazione lavorativa o mansione ☐ no ☐ Si

Reparto .....

Destinazione lavorativa – Mansioni .....

Rischi da radiazioni ionizzanti

☐ Irradiazione ESTERNA (2) .....

.....

☐ Irradiazione INTERNA (3) .....

.....

Classificazione ☐ Lavoratore esposto di cat. A ☐ Lavoratore esposto di cat. B

(4) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare il n° degli allegati)
(5) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio
(6) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) ☐ No ☐ Si

Fattori di rischio (Se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli)				
	☐ Rumore	☐ Sostanze chimiche	☐ R.O.A.	☐ Mutageni
	☐ Videoterminali	☐ Posizioni incongrue e/o viziate	☐ C.E.M.	☐ Lavoro notturno
	☐ MMC	☐ Biologico	☐ Piombo	☐ Polveri di legno
	☐ Polveri	☐ Vibrazioni	☐ Cancerogeni	☐ Lavoro in altezza
	☐ Altro			

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente ..……

☐ Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)

☐ Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv .....

Di cui:
- a) Per esposizione accidentale mSv .....
- b) Per esposizione di emergenza mSv .....
- c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv .....

Dose a parti del corpo (1) .....

Dose efficace impegnata (2) .....

(1) Specificare quali
(2) Specificare radionuclidi

III. ANAMNESI INTERCORRENTE

ANAMNESI FISIOLOGICA

Ultima mestruazione ..... Cicli .....

Alimentazione ..... Caffe .....

Alcool ..... Fumo .....

Alvo ..... Diuresi ..... Sonno .....

Anticoncezionali ..... Tossicodipendenze .....

Sport ..... Hobby .....

Vaccinazioni ☐ Antiepatite B ☐ Antitetanica ☐ Altro .....

.....

ANAMNESI PATOLOGICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Terapie abituali .....

Esposizione a radiazioni ionizzanti dovuta a trattamenti medici (indicare il tipo di trattamento e la dose, se conosciuta) ☐ no ☐ Si

.....

.....

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi) ☐ No ☐ Si .....

.....

.....

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni Private) ☐ No ☐ Si

.....

.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma ☐ No ☐ Si

.....

.....

Il sottoscritto dichiara che le informazioni date sono complete e rispondenti al vero e si assume la responsabilità di quanto dichiarato.

Data ..... Firma del lavoratore .....

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

Tipo di esame	Periodicità in mesi		Periodicità in mesi		Periodicità in mesi
○ Visita medica	.....	○ Visita oculistica	.....	○ Visita oculistica in midriasi	.....
○ Analisi cliniche	.....	○ ECG	.....	○ Spirometria	.....
○ Audiometria	.....	○ Sangue occulto	.....	○ Es. Cl-Funz. del rachide	.....
○ Eco tiroide	.....	○ Eco addome completo	.....	○ Altro ……	.....
○ …….	…….	○ ……..	……..	○ ……..	……..

IV. ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali ..... Peso kg ..... Altezza cm.....

Cute. e annesssi ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Linfonodi ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Capo e collo (tiroide) ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Apparato respiratorio ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Apparato Cardiovascolare ☐ Nella norma ☐ Altro .....

PA ..... FC .....

Addome ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Organi ipocondriaci ☐ Nella norma ☐ Altro .....

App. urogenitale ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Sistema nervoso ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Psiche ☐ Lucida ☐ Altro .....

Apparato osteoarticolare ☐ Nella norma ☐ Vedi allegato ☐ Altro .....

.....

.....

Altri rilievi clinici ☐ No ☐ Si .....

.....

V. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio

(elencare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO ☐ No ☐ Si

☐ 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

……

☐ Lettera al curante ……

VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data …….. Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

- ☐ Idoneo
- ☐ Idoneo con le seguenti condizioni: ……
- ☐ Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione
- ☐ Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi ……..…… a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il ……..……..

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore ..... Il Medico addetto alla sorveglianza medica ……

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

- ☐ Idoneo alla mansione specifica
- ☐ Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

……
……

- ☐ Inidoneo temporaneamente
- ☐ Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva ……..……

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data .....

Firma del lavoratore ..... Firma del medico competente ……

IX. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il ..... a mezzo .....

Firma del medico

VISITA MEDICA SUCCESSIVA N. ……..…

DATA ……..…

☐ **PERIODICA** ☐ **STRAORDINARIA** ☐ **ECCEZIONALE**

Per ☐ Esposizione alle R.I. ☐ Esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione: ☐ Idoneità alla mansione specifica ☐ In occasione del cambio della mansione

☐ Su richiesta (specificare chi)…… ☐ Fine del rapporto di lavoro o altri motivi

☐ Controllo cessazione inidoneità o altri motivi

☐ Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variazione destinazione lavorativa o mansione ☐ No ☐ Si

Reparto .....

Destinazione lavorativa – Mansioni .....

Rischi da radiazioni ionizzanti

☐ Irradiazione ESTERNA (2) .....

.....

☐ Irradiazione INTERNA (3) .....

.....

Classificazione ☐ Lavoratore esposto di cat. A ☐ Lavoratore esposto di cat. B

(1) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare il n° degli allegati)
(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio
(3) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) ☐ No ☐ Si

Fattori di rischio	☐ Rumore	☐ Sostanze chimiche	☐ R.O.A.	☐ Mutageni
(Se diversi o variati	☐ Videoterminali	☐ Posizioni incongrue e/o viziate	☐ C.E.M.	☐ Lavoro notturno
rispetto ai precedenti	☐ MMC	☐ Biologico	☐ Piombo	☐ Polveri di legno
controlli)	☐ Polveri	☐ Vibrazioni	☐ Cancerogeni	☐ Lavoro in altezza

☐ Altro .....

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente ..……...……

☐ Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)

☐ Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv .....

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv .....

b) Per esposizione di emergenza mSv .....

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv .....

Dose a parti del corpo (1) .....

Dose efficace impegnata (2) .....

(1) Specificare quali
(2) Specificare radionuclidi

III . ANAMNESI INTERCORRENTE

ANAMNESI FISIOLOGICA

Ultima mestruazione ..... Cicli .....

Alimentazione ..... Caffe .....

Alcool ..... Fumo .....

Alvo ..... Diuresi ..... Sonno .....

Anticoncezionali ..... Tossicodipendenze .....

Sport ..... Hobby .....

Vaccinazioni ☐ Antiepatite B ☐ Antitetanica ☐ Altro .....

…….....…….……

ANAMNESI PATOLOGICA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Terapie abituali .....

Esposizione a radiazioni ionizzanti dovuta a trattamenti medici (indicare il tipo di trattamento e la dose, se conosciuta) ☐ No ☐ Si

.....
.....

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi) ☐ No ☐ Si .....
.....
.....

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni Private) ☐ No ☐ Si
.....
.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma ☐ No ☐ Si
.....
.....

Il sottoscritto dichiara che le informazioni date sono complete e rispondenti al vero e si assume la responsabilità di quanto dichiarato.

Data ..... Firma del lavoratore ……

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

Tipo di esame	Periodicità in mesi		Periodicità in mesi		Periodicità in mesi
○ Visita medica	.....	○ Visita oculistica	.....	○ Visita oculistica in midriasi	.....
○ Analisi cliniche	.....	○ ECG	.....	○ Spirometria	.....
○ Audiometria	.....	○ Sangue occulto	.....	○ Es. Cl-Funz. del rachide	.....
○ Eco tiroide	.....	○ Eco addome completo	.....	○ Altro ……	.....
○ …….	…….	○ ……..	……..	○ ……..	……..

IV. ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali ..... Peso kg..... Altezza cm .....

Cute. e annesssi	☐ Nella norma	☐ Altro	
Linfonodi	☐ Nella norma	☐ Altro	
Capo e collo (tiroide)	☐ Nella norma	☐ Altro	
Apparato respiratorio	☐ Nella norma	☐ Altro	
Apparato Cardiovascolare	☐ Nella norma	☐ Altro	
PA	FC		
Addome	☐ Nella norma	☐ Altro	
Organi ipocondriaci	☐ Nella norma	☐ Altro	
App. urogenitale	☐ Nella norma	☐ Altro	
Sistema nervoso	☐ Nella norma	☐ Altro	
Psiche	☐ Lucida	☐ Altro	
Apparato osteoarticolare	☐ Nella norma	☐ Vedi allegato	☐ Altro .....

.....

.....

Altri rilievi clinici ☐ No ☐ Si .....

.....

V. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio

(elencare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO ☐ No ☐ Si

☐ 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
……

☐ Lettera al curante ……

VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data …….. Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

- ☐ Idoneo
- ☐ Idoneo con le seguenti condizioni: ……
- ☐ Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione
- ☐ Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi ……..…… a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il ……..……..

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore ..... Il Medico addetto alla sorveglianza medica ……

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

- ☐ Idoneo alla mansione specifica
- ☐ Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

……
……

- ☐ Inidoneo temporaneamente
- ☐ Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva ……..……

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data .....

Firma del lavoratore ..... Firma del medico competente ……

IX. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il ..... a mezzo ……

Firma del medico

VISITA MEDICA SUCCESSIVA N. ……..…

DATA ……

☐ **PERIODICA** ☐ **STRAORDINARIA** ☐ **ECCEZIONALE**

Per ☐ Esposizione alle R.I. ☐ Esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione: ☐ Idoneità alla mansione specifica ☐ In occasione del cambio della mansione

☐ Su richiesta (specificare chi)…… ☐ Fine del rapporto di lavoro o altri motivi

☐ Controllo cessazione inidoneità o altri motivi

☐ Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variazione destinazione lavorativa o mansione ☐ No ☐ Si

Reparto .....

Destinazione lavorativa – Mansioni .....

Rischi da radiazioni ionizzanti

☐ Irradiazione ESTERNA (2) .....

.....

☐ Irradiazione INTERNA (3) .....

.....

Classificazione ☐ Lavoratore esposto di cat. A ☐ Lavoratore esposto di cat. B

(1) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare il n° degli allegati)
(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio
(3) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) ☐ No ☐ Si

Fattori di rischio	☐ Rumore	☐ Sostanze chimiche	☐ R.O.A.	☐ Mutageni
(Se diversi o variati	☐ Videoterminali	☐ Posizioni incongrue e/o viziate	☐ C.E.M.	☐ Lavoro notturno
rispetto ai precedenti	☐ MMC	☐ Biologico	☐ Piombo	☐ Polveri di legno
controlli)	☐ Polveri	☐ Vibrazioni	☐ Cancerogeni	☐ Lavoro in altezza

☐ Altro .....

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente ..……..……

☐ Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)

☐ Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv .....

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv .....

b) Per esposizione di emergenza mSv .....

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv .....

Dose a parti del corpo (1) .....

Dose efficace impegnata (2) .....

(1) Specificare quali
(2) Specificare radionuclidi

III. ANAMNESI INTERCORRENTE

ANAMNESI FISIOLOGICA

Ultima mestruazione ..... Cicli .....

Alimentazione ..... Caffe .....

Alcool ..... Fumo .....

Alvo ..... Diuresi ..... Sonno .....

Anticoncezionali ..... Tossicodipendenze .....

Sport ..... Hobby .....

Vaccinazioni ☐ Antiepatite B ☐ Antitetanica ☐ Altro .....

.....

ANAMNESI PATOLOGICA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Terapie abituali .....

Esposizione a radiazioni ionizzanti dovuta a trattamenti medici (indicare il tipo di trattamento e la dose, se conosciuta) ☐ No ☐ Si

.....
.....

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi) ☐ No ☐ Si .....
.....
.....

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni Private) ☐ No ☐ Si
.....
.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma ☐ No ☐ Si

.....
.....

Il sottoscritto dichiara che le informazioni date sono complete e rispondenti al vero e si assume la responsabilità di quanto dichiarato.

Data ..... Firma del lavoratore ……

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

Tipo di esame	Periodicità in mesi		Periodicità in mesi		Periodicità in mesi
○ Visita medica	.....	○ Visita oculistica	.....	○ Visita oculistica in midriasi	.....
○ Analisi cliniche	.....	○ ECG	.....	○ Spirometria	.....
○ Audiometria	.....	○ Sangue occulto	.....	○ Es. Cl-Funz. del rachide	.....
○ Eco tiroide	.....	○ Eco addome completo	.....	○ Altro ……	.....
○ …….	…….	○ ……..	……..	○ ……..	……..

IV. ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali ..... Peso kg. ..... Altezza cm .....

Cute. e annesssi ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Linfonodi ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Capo e collo (tiroide) ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Apparato respiratorio ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Apparato Cardiovascolare ☐ Nella norma ☐ Altro .....

PA ..... FC .....

Addome ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Organi ipocondriaci ☐ Nella norma ☐ Altro .....

App. urogenitale ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Sistema nervoso ☐ Nella norma ☐ Altro .....

Psiche ☐ Lucida ☐ Altro .....

Apparato osteoarticolare ☐ Nella norma ☐ Vedi allegato ☐ Altro .....

.....

.....

Altri rilievi clinici ☐ No ☐ Si .....

.....

V. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio

(elencare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO ☐ No ☐ Si

☐ 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

……

☐ Lettera al curante ……

VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data …….. Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

- ☐ Idoneo
- ☐ Idoneo con le seguenti condizioni: ……
- ☐ Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione
- ☐ Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi ……..…… a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il ……..……..

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore ..... Il Medico addetto alla sorveglianza medica ……

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

- ☐ Idoneo alla mansione specifica
- ☐ Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

……
……

- ☐ Inidoneo temporaneamente
- ☐ Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva ……..……

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data .....

Firma del lavoratore ..... Firma del medico competente ……..……

IX. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il ..... a mezzo .....

Firma del medico

CONSERVAZIONE DEL DOCUMENTO SANITARIO

A) CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dall'incarico, avvenuta il …… il presente documento sanitario personale completo di n. …….. allegati, viene consegnato al Medico Dott. …….
Data ……. Firma del medico uscente …….

Dichiaro di ricevere dal Dott. …… che cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. …… allegati.
Data ……. Firma del medico subentrante …….

A) CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dall'incarico, avvenuta il …… il presente documento sanitario personale completo di n. …….. allegati, viene consegnato al Medico Dott. …….
Data ……. Firma del medico uscente …….

Dichiaro di ricevere dal Dott. …… che cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. …… allegati.
Data ……. Firma del medico subentrante …….

A) CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dall'incarico, avvenuta il …… il presente documento sanitario personale completo di n. …….. allegati, viene consegnato al Medico Dott. …….
Data ……. Firma del medico uscente …….

Dichiaro di ricevere dal Dott. …… che cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. …… allegati.
Data ……. Firma del medico subentrante …….

A) CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dall'incarico, avvenuta il …… il presente documento sanitario personale completo di n. …….. allegati, viene consegnato al Medico Dott. …….
Data ……. Firma del medico uscente …….

Dichiaro di ricevere dal Dott. …… che cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. …… allegati.
Data ……. Firma del medico subentrante …….

CONSERVAZIONE IN COSTANZA DI RAPPORTO DI LAVORO

Il lavoratore …… ha cessato il lavoro comportante esposizione al rischio da …….. il ……(notificato il ……..)

per :

□ trasferimento ad altra attività

□ cessazione del reparto

□ declassificazione

□ esaurimento del presente documento

□ altre ragioni

Si giudica necessaria la prosecuzione della sorveglianza medica □ SI □ NO con visita medica □ semestrale □ annuale, previa esecuzione dei seguenti accertamenti integrativi:

…….

Notifica della prosecuzione della sorveglianza medica al datore di lavoro il …… a mezzo …….

Data ……. Firma del Medico …….....

EVENTUALI ANNOTAZIONI

……

…….

CESSAZIONE DELL'IMPRESA – RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

Il presente documento sanitario, completo di n. ……..…. allegati, unitamente ai documenti di cui all'art. 81, comma 1, lettere d ed e del D. Lgs 230/95, viene trasmesso ai sensi dell' art. 90, comma 4, a ……..… per:

□ cessazione dell'attività dell'impresa, avvenuta il …….. notificata il ……

□ risoluzione del rapporto di lavoro, avvenuta il ……..... notificata il (1) ……..

Copia del presente documento sanitario viene consegnata/spedita per raccomandata R.R. al lavoratore …… ai sensi dell' art. 90, comma 2 del D. Lgs. 230/95.

Data …….. Il Medico …….. Il lavoratore ……

EVENTUALI ANNOTAZIONI

……

……

Il Medico

……

Note:

(1) la cessazione del rapporto di lavoro va comunicata dal Datore di Lavoro (dirigenti e preposti) all'Esperto Qualificato e al Medico ai sensi dell'art.61 del D. Lgs 230/95 come integrato dall'art. 4-bis di cui all'art. 13 del D. Lgs. 241/00

(2) ad esempio: motivazioni che hanno impedito la consegna diretta del documento, suggerimenti e consigli al lavoratore, rapporti col Medico Curante.