

ALLEGATO 2
CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO
(D.Lgs 626/94)

LAVORATORE sesso M F

LUOGO E DATA DI NASCITA

Codice fiscale

Domicilio (Comune e Prov.)

Via Tel.

Medico curante Dott.

Via Tel.

Datore di lavoro

Attività dell' Azienda pubblica o privata

Data di assunzione

Sede/i di lavoro

La presente cartella sanitaria e di rischio è istituita per:

- prima istituzione
 esaurimento del documento precedente
 altri motivi

Il medico competente

.....

La presente cartella sanitaria e di rischio è costituita da n. pagine.

Data

Il datore di lavoro

.....

VISITA MEDICA PREVENTIVA

1. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Destinazione lavorativa – Mansioni
Fattori di rischio (specificare quali (2)
Tempo di esposizione (giorni/anno)

Note:

- 1) I dati di questa sezione sono forniti dal datore di lavoro (indicare n° degli allegati).
2) Per gli agenti cancerogeni indicare anche il numero CAS, il tipo (sostanza, preparato o processo di cui all'allegato VIII D.Lgs. 626/94) e il valore dell'esposizione.

2. ANAMNESI LAVORATIVA

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

Esposizioni precedenti [] no [] si

3. ANAMNESI FAMILIARE

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

4. ANAMNESI PERSONALE

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

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi)

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

Invalità riconosciute (I. civile, INPS, INAIL, Ass. Private)

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

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma [] no [] si

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

Altre notizie utili a fini anamnestici lavorativi

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

Per presa visione
il lavoratore

Data _____

5. Programma di sorveglianza sanitaria (protocolli, periodicità)

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

6. Esame clinico generale

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

7. Accertamenti integrativi specialistici e/o di laboratorio (indicare gli accertamenti eseguiti e il n° di riferimento dei referti allegati)

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

8. Valutazioni conclusive (dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali).

9. Giudizio di idoneità:

idoneo non idoneo

idoneo con le seguenti condizioni
.....
.....

Data

Avverso il giudizio di inidoneità parziale o totale del lavoratore è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 4 dell'art. 17 del D.Lgs. 626/94, entro il termine di 30 giorni

Il lavoratore per presa visione

Il medico competente

.....

.....

10. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO effettuata il a mezzo

..... :

Il medico competente

.....

Da consegnare al datore di lavoro
il lavoratore in data
è stato sottoposto alla visita medica preventiva per esposizione a (indicare i fattori di rischio)
.....
con il seguente esito:
 idoneo non idoneo

 idoneo con le seguenti condizioni
.....
.....
Da sottoporre a nuova visita medica il previa esecuzione
dei seguenti accertamenti
.....
Data

Il medico competente
.....

VISITA MEDICA

- Periodica
- Straordinaria
- motivazione:
 - cambiamento
 - controllo cessazione inidoneità
 - su richiesta (specificare da chi)
 - eventi accidentali
 - fine rapporto di lavoro o altri motivi

1. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variat. destinazione lavorativa o mansione

Eventuale uso di dispositivi di protezione personale

Fattori di rischio (specificare quali) (2)

Tempo di esposizione giorni/anno

Note:

- 1) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare n° degli allegati).
- 2) Per gli agenti cancerogeni indicare anche il numero CAS, il tipo (sostanza, preparato o processo di cui all'allegato VIII D.Lgs. 626/94 e il valore dell'esposizione.

2. ANAMNESI INTERCORRENTE

.....

.....

.....

.....

Infortunati – Traumi (lavorativi o extralavorativi)

.....

Riconoscimenti di invalidità

.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma (indicare gli agenti) no

si

.....

.....

Per presa visione
il lavoratore

3. Esame obiettivo (con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

.....

.....

4. Accertamenti integrativi – specialistici e/o di laboratorio – (indicare gli accertamenti eseguiti e riportate il n° di riferimento dei referti allegati)

.....

.....

5. Valutazioni conclusive (dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

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

6. Giudizio di idoneità:

idoneo non idoneo

idoneo con le seguenti condizioni

.....

Temporaneamente non idoneo fino a

Data

Avverso il giudizio di inidoneità parziale o temporanea o totale del lavoratore è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 4 dell'art. 17 del D.Lgs. 626/94, entro il termine di 30 giorni

Il lavoratore per presa visione

Il medico competente

.....

.....

7. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO effettuata il a mezzo

Il medico competente

.....

CONSERVAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

- Cessazione dell'attività dell'azienda/Risoluzione del rapporto di lavoro

La presente cartella sanitaria e di rischio, completa di n allegati, viene inviata all'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro ai sensi dell'art. 70, comma 4.

Cessazione dell'attività dell'impresa, avvenuta il

Risoluzione del rapporto di lavoro, avvenuta il

A richiesta copia della cartella sanitaria viene consegnata al lavoratore ai sensi dell'art. 17 comma 1 del D.Lgs. 626/94.

Il lavoratore è stato informato riguardo all'opportunità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa ai sensi dell'art. 17 comma 1 lett. e) del D.Lgs. 626/94.

Data

Il medico competente

Il lavoratore

.....

.....

CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

- Per cessazione dell'incarico, avvenuta il la presente
cartella sanitaria e di rischio, completa di n. ... allegati, viene consegnata al medico Dott.

Data

Il medico uscente

.....

Dichiaro di ricevere dal Dott. che cessa dall'incarico, la
presente cartella sanitaria completa di n. allegati.

Data

Il medico subentrante

.....