

VISITA MEDICA PREVENTIVA

1. DATI OCCUPAZIONALI [1]

Destinazione lavorativa - Mansioni

Fattori di rischio (specificare quali)

Tempo di esposizione (giorni/anno)

2. ANAMNESI LAVORATIVA

.....

Esposizioni precedenti no sì

3. ANAMNESI FAMILIARE

.....

4. ANAMNESI PERSONALE

.....

Infortuni - Traumi (lavorativi o extralavorativi)

.....

Invalidità riconosciute (l. civile, INPS, INAIL, Ass. Private)

.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma no sì

.....

.....
.....
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

idoneo con prescrizioni

idoneo con limitazioni

inidoneo temporaneamente

idoneo permanentemente

Data.....

Avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs..., 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

idoneo con prescrizioni

idoneo con limitazioni

idoneo temporaneamente

idoneo permanentemente

Da sottoporre a nuova visita medica il previa esecuzione di seguenti accertamenti

Data

Il medico competente

.....

Note:

[1] I dati di questa sezione sono forniti dal datore di lavoro (indicare n° degli allegati)

VISITA MEDICA

Periodica

idoneità alla mansione specifica

cambio mansione

motivazione:

su richiesta

fine rapporto di lavoro

1. DATI OCCUPAZIONALI [1]

Variation. destination lavorativa o mansione.....
.....

Eventuale uso di dispositivi di protezione personale.....
.....

Fattori di rischio (specificare quali).....
.....

Tempo di esposizione giorni/anno

2. ANAMNESI INTERCORRENTE

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

Infortuni - 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 riportare il n° di riferimento dei referti allegati)

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

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

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

6. Giudizio di idoneità

Idoneo

Idoneo con prescrizioni

Idoneo con limitazioni

Inidoneo temporaneamente

Inidoneo permanentemente

Data

Avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D.Lgs....., 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

.....

Da consegnare al datore di lavoro

Il lavoratore in data.....

E' stato sottoposto alla visita medica preventiva per esposizione a (indicare i fattori di rischio).....

.....

Con il seguente esito:

Idoneo

Idoneo con prescrizioni

Idoneo con limitazioni

Inidoneo temporaneamente

Inidoneo permanentemente

Da sottoporre a nuova visita medica il previa esecuzione

Dei seguenti accertamenti

.....

Data

Il medico competente

.....

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).

CONSERVAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

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

La presente cartella sanitaria e di rischio viene inviata all'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett.f) del D.Lgs....

Cessazione dell'attività dell'impresa, avvenuta il

Risoluzione del rapporto di lavoro, avvenuta il.....

La cartella sanitaria viene consegnata al lavoratorecompleta di n.allegati

Ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett. e) del D.Lgs....

Il lavoratore è stato informato riguardo la necessità di conservazione della cartella sanitaria e all'opportunità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa ai sensi dell'art 25, comma 1, lett. h) del D.Lgs....

Data.....

Il medico competente
.....

Il lavoratore
.....

CESSAZIONE DELL'INCARICO DEL MEDICO

- Per cessazione dell'incarico, avvenuta il.....la presente

Cartella sanitaria e di rischi, completa di n.... allegati, viene consegnata al datore di lavoro nella persona di.....

Data

Il medico competente
.....