ALLEGATO 3A
CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

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 instituita 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 ……

VISITA MEDICA PREVENTIVA

1. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Destinazione lavorativa – Mansioni …….....
……..
……..

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

Tempo di esposizione (giorni/anno) ……

Note:

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

2. ANAMNESI LAVORATIVA

……
……
……
……

Esposizioni precedenti no ☐ si ☐

3. ANAMNESI FAMILIARE

……
……
……
……

4. ANAMNESI PERSONALE

……
……
……
……

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi)

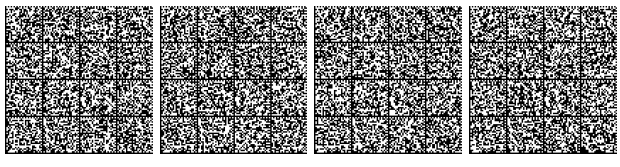
……
……
……
……

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

……
……
……
……

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

……
……
……
……



Altre notizie utili a fini anamestici 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 anamestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali).

9. Giudizio di idoneità:

- ☐ idoneo
- ☐ idoneo con prescrizioni
- ☐ idoneo con limitazioni
- ☐ inidoneo temporaneamente
- ☐ inidoneo permanentemente

Data ……
Avverso il giudizio di inidoneità 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
…….

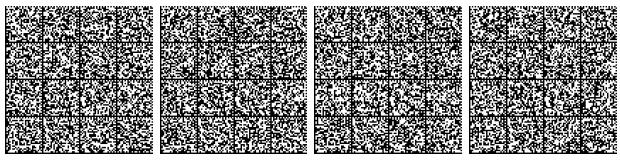
Da consegnare al datore di lavoro
Il lavoratore …….. in data ……..... è stato sottoposto alla visita medica preventiva per esposizione a (indicare i fattori di rischio) ……...
……
con il seguente esito:

- ☐ idoneo
- ☐ idoneo con prescrizioni
- ☐ idoneo con limitazioni
- ☐ inidoneo temporaneamente
- ☐ inidoneo permanentemente

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

Data ……..

Il medico competente
…….



VISITA MEDICA

☐ Periodica

motivazione:

☐ idoneità alla mansione specifica
☐ cambio mansione
☐ su richiesta
☐ fine rapporto di lavoro

1. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variaz. destinazione lavorativa o mansione ……..
……
Eventuale uso di dispositivi di protezione personale …….
……
Fattori di rischio (specificare quali) ……..
……
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. 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
……
……

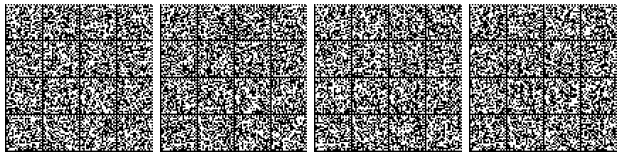
Per presa visione
il lavoratore
…….

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 IDONEITÀ 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

☐ Inidoneo temporaneamente

☐ Inidoneo permanentemente

Da sottoporre a nuova visita medica il……..previa esecuzione
Dei seguenti accertamenti……
…….

Data ……..

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 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 lavoratore …….completa 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