

## **CONTENUTI DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO**

(0)

### **ANAGRAFICA DEL LAVORATORE:**

Cognome e Nome

Sesso

Luogo di nascita

Data di nascita

Domicilio (1)

Nazionalità

Codice Fiscale

### **DATI RELATIVI ALL'AZIENDA:**

Ragione Sociale o codice conto (nel caso di natanti)

Unità Produttiva sede di lavoro / numero certificato unità navale

Indirizzo Unità produttiva

Attività svolta (2)

### **VISITA PREVENTIVA**

REPARTO (3) E MANSIONE SPECIFICA DI DESTINAZIONE

FATTORI DI RISCHIO (4)

ANAMNESI LAVORATIVA (5)

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISILOGICA

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (6)

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA (6)

ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

(ACCERTAMENTI INTEGRATIVI (7)

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE (8)

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA (9)

(SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA (10)

DATA

FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE

### **VISITE SUCCESSIVE (11)**

REPARTO(1) E MANSIONE SPECIFICA

FATTORI DI RISCHIO (se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli (12)

RACCORDO ANAMNESTICO

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI (9)

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE (8)

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA (9)

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA (10)

DATA

FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE

### **CONTENUTI MINIMI DELLA COMUNICAZIONE SCRITTA DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE**

GENERALITÀ DEL LAVORATORE  
RAGIONE SOCIALE DELL'AZIENDA  
REPARTO(3), MANSIONE E RISCHI  
GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA  
DATA DELLA ESPRESSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ  
SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA (periodicità)  
FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE  
INFORMAZIONI SULLA POSSIBILITÀ DI RICORSO  
DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL LAVORATORE  
DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL DATORE DI LAVORO

*[nota]Note:*

*(0) Modificato da Decreto 12 Luglio 2016*

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

*(1) Indicare Comune e Provincia, indirizzo, recapito telefonico.*

*(2) riferita a comparto/lavorazione/codice categoria naviglio.*

*(3) da non indicare in caso di reparto unico.*

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

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

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

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

*(8) Indicare gli eventuali provvedimenti adottati dal medico competente quali ad esempio 1° certificato di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, segnalazione di malattia professionale ex art. 139, lettere al curante, ecc...*

*(9) Ai sensi dell'art. 41 c 6.*

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

*(11) Specificare la tipologia di visita di cui all'[art.41](#) comma 2.*

*(12) Specificare quali con riferimento alla valutazione dei rischi, indicando anche, nei casi previsti dalla normativa vigente, i livelli di esposizione individuale.[/nota]*