

CARTELLA SANITARIA **E DI RISCHIO**

(D. Lgs. 9 Aprile 2008 n. 81 come modificato
da D. Lgs. 106/09)

Lavoratore	Esempio esempio	Sesso	M
Nato/a a	Salerno	il	10/10/1980
Codice Fiscale	CFesempio		
Domicilio	via esempio, 84100 Salerno SA		
Datore di lavoro	datore lavoro		
Attività dell'azienda pubblica o privata	descrizione esempio		
Sede di lavoro	sede legale 20100 Milano (MI)		
Datore di assunzione	Datore esempio		

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

DATI OCCUPAZIONALI

Mansione: mansione esempio

Fattori di rischio

Affaticamento visivo
Elettrocuzione
Inalazione polveri, fibre, gas, vapori
Posture incongrue e disagi
Punture, abrasioni e tagli alle mani
Rumore

Eventuale uso di dispositivi di protezione personale

Otoprotettori
Mascherina

VISITA MEDICA PREVENTIVA

Data della visita: 25/09/2009

Data prossima: 14/09/2010

MEDICO CURANTE

Dr. medico curante esempio

Indirizzo via esempio, 8

Telefono 011111

Contemporanea Esposizione presso altri Datori di Lavoro o Attività Professionale Autonoma

Descrizione esempio

Tempo di Esposizione (giorni/anno): 12

R A C C O R D O A N A M N E S T I C O	ANAMNESI LAVORATIVA	
	Malattie Professionali	
	Malattie professionali	
	Infortuni/Traumi Lavorativi/Extralavorativi	
	infortuni	
	Invalidità Riconosciute (I. Civile, INPS, INAIL, Ass. Private)	
	Invalidità riconosciute	
	Postumi	
	postumi	
	Esposizioni precedenti	
Rischi professionali		
Invalidità civile (%)		
ANAMNESI FAMILIARE		
Diatesi o Patologie Familiari Significative		
Esempio		
Anamnesi familiare		
Esempio		
Esempio		

ANAMNESI PERSONALE	
	Esempio Esempio Esempio Esempio Esempio

ANAMNESI FISIOLÓGICA	
R A C C O R D O A N A M N E S T I C O	Fumo non fumatore
	Abitudini alimentari abitudini normali
	Alcool non uso di alcool
	Sostanze stupefacenti/Psicotrope No
	Alvo esempio
	Uso abituale di farmaci Nessuno
	Diuresi Esempio
	Riposo Notturno Normale
	Attività Sportive / Ricreative Nessuna

ANAMNESI PATOLOGICA	
R A C C O R D O A N A M N E S T I C O	Medica esempio
	Chirurgica esempio
	Patologie Allergiche esempio
	Allergie (Agenti Lav./Farmaci/Vaccini/Alimenti/Altro) esempio
	Patologie Dermatologiche esempio
	Fratture e Traumi esempio
	P. Neurologiche/Psichiatriche/Psicoterapie esempio
Vaccinazioni esempio	

CONDIZIONI GENERALI	
E S A M E O B I E T T I V O	Altezza (cm) 180
	Peso (kg) 78
	BMI BMI
	Cute e mucose esempio
	Apparato visivo Esempio
	Apparato uditivo esempio
	Apparato Respiratorio
	Apparato Cardiovascolare
	Apparato scheletrico/muscolare
	Addome
Sistema Nervoso C/P	
Altro	

SINTOMI DICHIARATI

SUGGERIMENTI DIAGNOSTICI

Data

Per presa visione
Il Lavoratore

**VALUTAZIONI CONCLUSIVE
GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA**

Sulla base della Visita Medica e dagli Accertamenti effettuati si formula il seguente Giudizio:

Idoneo

Senza note

Data: 25/09/2009

Firma del Medico Competente

Il sottoscritto dichiara:

- a) di essere stato informato sui rischi specifici a cui è sottoposto nell'attività lavorativa;
- b) di essere stato informato, ai sensi dell'art. 25 lett. g, h del D. Lgs. 81/08, sul significato e sui risultati degli accertamenti sanitari e che, in caso avverso il giudizio del Medico Competente, è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente, entro il termine di 30 gg. (art. 41 comma 9 D. Lgs. 81/08 come modificato da D. Lgs. 106/09);
- c) di concedere il consenso al trattamento dei dati sanitari personali (Legge 196/03) con la finalità della protezione di salute e sicurezza;
- d) che quanto riferito durante la visita medica, corrisponde al vero e non sono state fatte omissioni.

Data

Per presa visione il lavoratore

Il medico competente

TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ AL DATORE DI LAVORO effettuata il _____
a mezzo _____

Il medico competente

VISITA MEDICA PERIODICA

Motivazione: Su richiesta di

Su richiesta del medico competente

Data della visita: 25/09/2009

Data prossima visita: 24/09/2010

MEDICO CURANTE

Dr. medico curante esempio

Indirizzo via esempio, 8

Telefono 011111

Contemporanea Esposizione presso altri Datori di Lavoro o Attività Professionale Autonoma

Descrizione esempio

Tempo di Esposizione (giorni/anno): 12

R A C C O R D O A N A M N E S T I C O	ANAMNESI INTERCORRENTE
	Infortuni/Traumi – Lavorativi/Extralavorativi infortuni
	Invalidità Riconosciute (I. Civile, INPS, INAIL, Ass. Private) Invalidità riconosciute
	ANAMNESI PERSONALE
	Fumo non fumatore
	Alcool non uso di alcool
	Sostanze stupefacenti/Psicotrope No
	Alvo esempio
	Diuresi Esempio
	Riposo Notturmo Normale
Attività Sportive / Ricreative Nessuna	

CONDIZIONI GENERALI	
E S A M E O B I E T T I V O	Altezza (cm) 180
	Peso (kg) 78
	BMI BMI
	Cute e mucose esempio
	Apparato Respiratorio
	Apparato Cardiovascolare
Addome	
	Sistema Nervoso C/P

SINTOMI DICHIARATI

SUGGERIMENTI DIAGNOSTICI

Data

Per presa visione il Lavoratore

**VALUTAZIONI CONCLUSIVE
GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA**

Sulla base della Visita Medica e dagli Accertamenti effettuati si formula il seguente Giudizio:

Idoneo

Senza note

Data: 25/09/2009

Firma del Medico Competente

Il sottoscritto dichiara:

- e) di essere stato informato sui rischi specifici a cui è sottoposto nell'attività lavorativa.
- f) di essere stato informato, ai sensi dell'art. 25 lett. g, h del D. Lgs. 81/08, sul significato e sui risultati degli accertamenti sanitari e che, in caso avverso il giudizio del Medico Competente, è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente, entro il termine di 30 gg. (art. 41 comma 9 D. Lgs. 81/08 come modificato da D. Lgs. 106/09).
- g) di concedere il consenso al trattamento dei dati sanitari personali (Legge 196/03) con la finalità della protezione di salute e sicurezza.
- h) che quanto riferito durante la visita medica, corrisponde al vero e non sono state fatte omissioni.

Data

Per presa visione il lavoratore

Il medico competente

TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ AL DATORE DI LAVORO effettuata il _____
a mezzo _____

Il medico competente
