

SCHEDA INFORTUNIO da INVIARE OBBLIGATORIAMENTE A UOC POLITICHE DEL PERSONALE E GESTIONE RISORSE UMANE fax 3600 congiuntamente al REFERTO entro il primo giorno lavorativo dalla data dell'infortunio successivo alla visita di Pronto Soccorso

DATI ANAGRAFICI INFORTUNATO

Cognome Nome.....
Data di nascita..... Luogo.....
Residente..... Via/Piazza.....
Telefono casa..... Cellulare.....
Qualifica
Anzianità di Servizio
Rapporto di lavoro: DI RUOLO INCARICATO

APPARTENENZA

Presidio Ospedaliero.....
Dipartimento.....
Struttura..... telefono.....
Area.....

TESTIMONI

Cognome Nome.....
Cognome Nome

DATI INFORTUNIO

Data dell'infortunio..... Ora dell'infortunio.....
Luogo dell'infortunio.....
Sede della Lesione.....
Prognosi I Referto GG.....

Si raccomandano risposte puntuali e veritiere ai quesiti posti rappresentando che tali risposte, in alcuni casi, possono costituire pregiudizio per le scelte terapeutiche del caso con i relativi effetti sulla salute futura dell'infortunato.

DESCRIZIONE DELL'EVENTO (SCRIVERE IN STAMPATELLO)

1) **Antefatto:** quale attività stava svolgendo appena prima dell'infortunio.....

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

2) **Dinamica:** Cosa è successo, quali sono state le condizioni che hanno determinato l'incidente: ...

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

3) **Situazione dopo l'evento infortunistico:** cosa si è verificato dopo l'evento (coinvolgimento terze persone, contaminazione ambiente, danni strumentali, strutturali etc).....

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

4) **Sono stati utilizzati i dispositivi di protezione individuale durante l'effettuazione delle attività lavorative a rischio?**

Guanti	No	Si
Mascherina	No	Si
Visiera/occhiali	No	Si
Camici resistenti	No	Si
Calzature antinfortunistiche	No	Si

Si ritengono adeguati al rischio tutti i dispositivi sopra indicati Si No

In caso di risposta negativa indicare quali e le motivazioni.....

Si ritiene debbano essere forniti altri dispositivi di protezione individuale aggiuntivi rispetto a quelli in dotazione No Si

In caso di risposta affermativa indicare quali e le motivazioni.....

5) **ESPOSIZIONE A RISCHIO BIOLOGICO:**

 **Puntura ago** No Si

Indicare il Dispositivo Medico Chirurgico Interessato

.....

Indicare la manovra di utilizzo del Dispositivo Medico Chirurgico.....

.....





Contaminazione

Orale

(indicare la situazione della mucosa se sono presenti lesioni)

.....

Cutanea

(indicare la situazione cutanea delle mani al momento dell'incidente (se è portatore di lesione o dermatite))

.....

Congiuntivale

(indicare la situazione della mucosa, se sono presenti lesioni)

.....



Ferita (indicare il dispositivo medico coinvolto e/ altro)

.....

6) Conosceva lo stato sierologico del paziente fonte No Si

7) In caso affermativo indicare lo stato sierologico del paziente fonte

8) ESPOSIZIONE A RISCHIO DA MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI:

Oggetti (indicare la tipologia e peso approssimativo dell'oggetto).....

.....

Pazienti (indicare peso e se collaborante o non collaborante)

.....

Postura incongrua

9) CADUTE

Inciampo

Scivolamento pavimento asciutto

Scivolamento pavimento bagnato

Caduta dall'alto

10) UTILIZZO DI ATTREZZATURE (Indicare l'attrezzatura coinvolta)

.....

11) AGGRESSIONI

12) INCIDENTE IN ITINERE

Firma Lavoratore

Firma per presa visione del Preposto DAIORT o della DMPO
