

VISITA MEDICA PREVENTIVA (PRIMA VISITA)

1. Dati occupazionali ⁽¹⁾ (Vedi allegato n° _____)

Destinazione lavorativa - Mansione _____

Fattori di rischio	Valori	Esposizione (giorni/anno)	Accertamenti Sanitari	Periodicità (in mesi)
<input type="checkbox"/> Lavori in altezza			<input type="checkbox"/> Audiometria	
<input type="checkbox"/> Lavoro notturno			<input type="checkbox"/> ECG	
<input type="checkbox"/> Laser			<input type="checkbox"/> Esame Visivo	
<input type="checkbox"/> Legge 131/03 (stupefacenti)			<input type="checkbox"/> Rx Torace	
<input type="checkbox"/> Microclima			<input type="checkbox"/> Spirometria	
<input type="checkbox"/> Movimentazione manuale di carichi			<input type="checkbox"/> Stupefacenti	
<input type="checkbox"/> Movimenti ripetitivi arti superiori			<input type="checkbox"/> Visita medica	
<input type="checkbox"/> Polveri			<input type="checkbox"/> Visita Val. Rachide	
<input type="checkbox"/> Postura eretta fissa			<input type="checkbox"/> Azotemia	
<input type="checkbox"/> Postura eretta prolungata			<input type="checkbox"/> Creatininemia	
<input type="checkbox"/> Posture incongrue			<input type="checkbox"/> Emocromo + Formula	
<input type="checkbox"/> Radiazioni I.R.			<input type="checkbox"/> Glicemia	
<input type="checkbox"/> Radiazioni U.V.			<input type="checkbox"/> GOT, GPT, GGT	
<input type="checkbox"/> Rischio chimico			<input type="checkbox"/> Urine Completo	
<input type="checkbox"/> Rischio biologico			<input type="checkbox"/> Altro _____	
<input type="checkbox"/> Rumore ($L_{ex(8h)}$)				
<input type="checkbox"/> Vibrazioni a tutto il corpo				
<input type="checkbox"/> Vibrazioni mano braccio				
<input type="checkbox"/> VDT				
<input type="checkbox"/> Altro				

2. Anamnesi lavorativa nello stesso settore lavorativo da anni _____

Esposizioni precedenti NO SI ai seguenti rischi: _____

3. Anamnesi familiare

Padre: in buona salute affetto da _____ deceduto per _____

Madre: in buona salute affetta da _____ deceduta per _____

Fratelli/sorelle (n°) _____ Figli (n°) _____

Familiarità per patologie significative NO SI _____

4. Anamnesi fisiologica

Fumo NO SI quantità al di _____ da anni _____ ha smesso da anni _____ ha fumato n° _____ per _____ aa.

Alcool: NO SI occasionalmente moderatamente ai pasti altro _____

Funzioni fisiologiche regolari SI NO _____

Attività sportiva: nessuna saltuaria agonistica non agonistica _____

Menarca a _____ anni N° gravidanze _____ N° aborti _____ Anomalie mestruali _____

Uso abituale di farmaci: NO SI _____ Uso di stupefacenti NO SI _____

Servizio militare: abile riformato non eseguita visita

5. Anamnesi patologica remota Riferisce di aver sempre goduto di buona salute
 Altro _____

6. Interventi chirurgici - Infortuni - Traumi (lavorativi o extralavorativi) NO
SI _____

7. Invalidità riconosciute NO
SI percentuale: _____ (I. civile, INPS, INAIL, Ass. private) _____

8. Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma NO SI

9 Anamnesi patologica prossima

10 Allergie accertate NO SI _____

Per presa visione, per conferma della veridicità di quanto dichiarato, per informazione sui rischi specifici da parte del Medico competente, per autorizzazione al trattamento dei dati sanitari ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e per ricevuta documentazione sanitaria

Data _____ Il Lavoratore _____ pag. 3

12. Esame clinico generale

CONDIZIONI GENERALI ottime buone discrete scadenti ALTEZZA cm _____ PESO Kg _____

CAPO E OCCHI _____ NDR

CUTE E ANNESSI _____ NDR

ADDOME _____ NDR

TORACE _____ NDR

CARDIOCIRCOLATORIO P. ARTERIOSA _____ / _____ mm/hg FREQ. CARDIACA _____ b/min RITMICO NO SI

UROGENITALE _____ NDR

GIORDANO negativo bilaterale positivo _____

OSTEOARTICOLARE _____ NDR

LASEGUE negativo bilaterale positivo _____ WASSERMANN negativo bilaterale positivo _____

VALUTAZIONE RACHIDE: negativo positivo _____

SISTEMA NERVOSO

PSICHE normale turbe SENSORIO normale turbe ROT normale turbe

ALTRE ANNOTAZIONI CLINICHE: _____

13. Accertamenti integrativi specialisti e/o di laboratorio (indicare gli accertamenti eseguiti ad il n° di riferimento dei referti visti ed allegati)

Audiometria: normale alterato allegato n° _____ Allegati: _____ / _____

ECG: normale alterato allegato n° _____

Ematochimici-esame urine: normale alterato allegato n° _____

Esame visivo: normale alterato allegato n° _____

Legge 131/03 (Stupefacenti) normale alterato allegato n° _____

Spirometria: normale alterato allegato n° _____

Val. Rachide normale alterato allegato n° _____

Altro _____ normale alterato allegato n° _____

14. Valutazioni conclusive (dai dati clinico anamnestici e dai risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali).

buone condizioni cliniche altro _____

15. Giudizio di idoneità

idoneo non idoneo (permanentemente temporaneamente fino a _____)

idoneo con le seguenti condizioni (prescrizioni limitazioni) _____

da sottoporre al prossimo controllo il _____

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. 81/08, entro il termine di 30 giorni

Il lavoratore per presa visione

Il medico competente

16. Trasmissione del giudizio di idoneità al datore di Lavoro

effettuata il _____ a mezzo _____

Il medico competente _____