

Libretto Sanitario e di Rischio in TESTO UNICO personale

NOME:

COGNOME:

DATA DI NASCITA:

GRUPPO DEL SANGUE:

FULC — Federazione Unitaria Lavoratori Chimici
FULTA — Federazione Unitaria Lavoratori Tessili ed Abbigliamento
FLM — Federazione Lavoratori Metalmeccanici
FLC — Federazione Lavoratori Costruzioni
FLE — Federazione Lavoratori Elettrici
FLB — Federazione Lavoratori Bancari

INDICE

LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO

SEZIONE SANITARIA DEL «LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO»

La parte sanitaria si divide in sei settori:

- parte prima — dove vengono riportati i dati anagrafici, il tipo di abitazione e i dati relativi a:
- gruppo sanguigno
 - vaccini a cui la lavoratrice o il lavoratore è stata/o sottoposta/o (antivaiolo, antidifterico, antitetanico, ecc.) e possibilmente la data di vaccinazione
 - allergie a determinati farmaci e a sostanze specifiche
 - storia lavorativa (compreso il lavoro a domicilio, le prestazioni domiciliari ed i figli)
 - abitudini di vita
 - uso di metodi anticoncezionali
 - uso abituale di farmaci
- da pag.3 a pag.21
- parte seconda — **curriculum** di tutte le malattie ed infortuni (compresi gli aborti) che la lavoratrice o il lavoratore riesce a ricordare, descrivendone la gravità, il ricovero giornaliero e l'assenza globale dal lavoro.
- da pag.22 a pag.37
- parte terza — **soggettività della lavoratrice o del lavoratore** ai vari sintomi che ha accusato nel periodo lavorativo nei vari posti di lavoro (cattiva digestione, insonnia, mal di fegato, male agli occhi, ecc.).
- da pag.38 a pag.45
- parte quarta — **esami clinici** per il passato, se la lavoratrice o il lavoratore è in grado di fornirli, e per il futuro, quando si sottoporrà a detti esami, riportando le date in cui questi esami vengono effettuati. Ad esempio:
- esami per l'apparato respiratorio
 - esami per l'apparato cardiocircolatorio
 - esame otorinolaringoiatrico, audiometrico
 - esami del sangue
 - esami delle urine
- da pag.46 a pag.93
- parte quinta — è dedicata alla **compilazione delle diagnosi** che i medici effettueranno ogni qual volta sottoporranno a visita medica la lavoratrice o il lavoratore (anche in questo caso dovranno essere riportate le date). Verrà inoltre trascritta la **terapia** (cure varie) che i medici consiglieranno alla lavoratrice o al lavoratore in base alle loro diagnosi.
- da pag.94 a pag.103
- parte sesta — problemi specifici concernenti la salute della donna:
- storia ginecologica
 - gravidanze
 - esame ginecologico
 - fac-simile di scheda da utilizzare in gravidanza
- da pag.104 a pag.123

SEZIONE RISCHIO DEL «LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO»

- parte prima — rischio cancerogeno da pag.124 a pag.129
- parte seconda — storia lavorativa passata di cui la lavoratrice o il lavoratore non dispone di dati analitici ambientali; dove devono essere registrati i seguenti dati:
- tipo di lavorazione a cui la lavoratrice o il lavoratore è adibita/o; materie prime, prodotti intermedi e prodotti finiti manipolati dalla lavoratrice o dal lavoratore
 - rischi, anche potenziali, che la manipolazione di tali prodotti può arrecare all'organismo umano da pag.130 a pag.139
- parte terza — storia lavorativa di cui la lavoratrice o il lavoratore dispone di dati analitici ambientali in cui si riportano:
- valutazioni soggettive della lavoratrice o del lavoratore sulle condizioni ambientali
 - analisi ambientali rilevate nell'ambito del posto di lavoro a cui è interessata/o la lavoratrice o il lavoratore (temperatura, umidità, rumorosità, vibrazioni, luminosità, polveri, gas, ritmi di lavoro, turni di lavoro, ecc.) e date delle rilevazioni ambientali da pag.140 a pag.149
- parte quarta — storia lavorativa riferita al lavoro a domicilio ed alle prestazioni familiari, di cui la lavoratrice o il lavoratore non dispone di dati analitici ambientali, dove devono essere registrati anche i nomi chimici e commerciali dei prodotti utilizzati (detersivi, smacchiatori, ecc.) da pag.150 a pag.159

Per quanto riguarda le analisi ambientali svolte nei reparti in cui la lavoratrice o il lavoratore ha lavorato in precedenza, esse vanno trascritte con le stesse modalità, a seconda degli inquinanti. Comunque, se ciò non fosse possibile, è ugualmente valida una ricostruzione empirica e soggettiva della lavoratrice o del lavoratore: per esempio se i reparti precedenti erano rumorosi, polverosi, con alte temperature, elevata umidità, con gas tossici, ritmi di lavoro e quali turni di lavoro effettuava.

Durante la compilazione del libretto sanitario, è importantissimo che la lavoratrice o il lavoratore ricostruisca soggettivamente i sintomi che ha accusato nei posti di lavoro precedenti ed in quello attuale.

Per esempio: bruciori di stomaco, bronchiti, insonnia, cattiva digestione, male agli occhi, dolori reumatici, ecc., che devono essere trascritti nella parte «sanitaria» del libretto.

È evidente che dopo le rilevazioni ambientali, oppure se già accusa sintomi riferibili all'ambiente di lavoro, la lavoratrice o il lavoratore dovrà essere sottoposta/o ad indagini cliniche specialistiche, le quali, a complemento dei sintomi soggettivi accusati dalla lavoratrice o dal lavoratore nei diversi posti di lavoro, permetteranno di valutare compiutamente le lesioni fisiche alle quali ella o egli è giunta/o (oppure quelle potenziali a cui la lavoratrice o il lavoratore potrà giungere), a causa della nocività nei vari posti di lavoro.

Questo tipo di indagini, permette di accertare i primi sintomi di una malattia, ponendo quindi le basi fondamentali per fare la medicina preventiva e non la solita medicina curativa.

N.B.: quando nelle schede del «Libretto Sanitario e di rischio» si deve rispondere a domande tipo: umido ☐ SI ☐ NO se l'ambiente è umido si sbarra la casella ☐ SI se l'ambiente non è umido si sbarra la casella ☐ NO.

PARTE PRIMA DELLA SEZIONE SANITARIA DEL «LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO»

Cognome..... Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Stato civile Data

Stato civile Data Gruppo sang.....

Scolarità: ☐ elementare ☐ media

☐ ☐ università

Ha frequentato la scuola sino a anni

Ha prestato servizio militare: ☐ SI ☐ NO motivo

FIGLI

VIVENTI						
data di nascita						
NON VIVENTI (2)						
data di nascita						
data di morte						
NATI CON MALATTIE						
O MALFORMAZIONI						
data di nascita						
ABORTI (1)						
data						

ANZIANI A CARICO

N°	Data di nascita	Da quando vivono in famiglia	Data di morte	Grado di parentela	NOTE
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

Comune di residenza Data Via N.

Comune di residenza Data Via N.

Comune di residenza Data Via N.

Comune di residenza Data Via N.

NOTE:

1) deve essere compilata anche dagli uomini, per 1) deve essere compilata anche dagli uomini, per le cause vedere le schede da pag. 34 a pag. 37.

2) per la descrizione e le cause vedere le schede da pag. 105 a pag. 106.

ABITAZIONE: comune di:

via

☐ di sua proprietà
☐ in affitto data canone+spese L.
data canone+spese L.
data canone+spese L.
data canone+spese L.
data canone+spese L.

☐ abitazione singola ☐ in un condominio di n. appartamenti

abitazione di m² per inquilino m² di m³

servizi igienici ☐ SI ☐ NO ☐ in comune acqua calda ☐ SI ☐ NO
☐ familiari acqua fredda ☐ SI ☐ NO

☐ centralizzato

con riscaldamento

☐ singolo; di che tipo

gas ☐ SI ☐ NO luce ☐ SI ☐ NO telefono ☐ SI ☐ NO rete fognaria ☐ SI ☐ NO

piano dell'abitazione con ascensore ☐ SI ☐ NO

garage ☐ SI ☐ NO parco giochi ☐ SI ☐ NO

m²..... totali di verde; m²..... per famiglia di verde

m²..... di giardino privato

anno di costr. stabile stato di conserv.

la zona è considerata:

☐ centro ☐ centro storico
☐ residenziale ☐ periferica

numero delle fabbriche nel quartiere e tipo di inquinanti

☐ ospedale a mt.	☐ farmacia a mt.
☐ ambulatorio mutualistico a mt.	☐ giardini pubblici a mt.
☐ servizi autoferrotramviari a mt.	☐ negozi a mt.
☐ asilo nido a mt.	☐ scuola materna a mt.
☐ scuola elementare a mt.	☐ scuola media a mt.
☐ campo sportivo a mt.	☐ palestra a mt.
☐ biblioteca a mt.	☐ piscina a mt.

NOTE:

ABITAZIONE: comune di:

via

☐ di sua proprietà
☐ in affitto data canone+spese L.
data canone+spese L.
data canone+spese L.
data canone+spese L.
data canone+spese L.

☐ abitazione singola ☐ in un condominio di n. appartamenti

abitazione di m² per inquilino m² di m³

servizi igienici ☐ SI ☐ NO ☐ in comune acqua calda ☐ SI ☐ NO
☐ familiari acqua fredda ☐ SI ☐ NO

☐ centralizzato

con riscaldamento

☐ singolo; di che tipo

gas ☐ SI ☐ NO luce ☐ SI ☐ NO telefono ☐ SI ☐ NO rete fognaria ☐ SI ☐ NO

piano dell'abitazione con ascensore ☐ SI ☐ NO

garage ☐ SI ☐ NO parco giochi ☐ SI ☐ NO

m²..... totali di verde; m²..... per famiglia di verde

m²..... di giardino privato

anno di costr. stabile stato di conserv.

la zona è considerata:

☐ centro ☐ centro storico
☐ residenziale ☐ periferica

numero delle fabbriche nel quartiere e tipo di inquinanti

☐ ospedale a mt.	☐ farmacia a mt.
☐ ambulatorio mutualistico a mt.	☐ giardini pubblici a mt.
☐ servizi autoferrotramviari a mt.	☐ negozi a mt.
☐ asilo nido a mt.	☐ scuola materna a mt.
☐ scuola elementare a mt.	☐ scuola media a mt.
☐ campo sportivo a mt.	☐ palestra a mt.
☐ biblioteca a mt.	☐ piscina a mt.

NOTE:

ABITAZIONE: comune di:

via

☐ di sua proprietà
☐ in affitto data canone+spese L.
 data canone+spese L.
 data canone+spese L.
 data canone+spese L.
 data canone+spese L.

☐ abitazione singola ☐ in un condominio di n. appartamenti
 abitazione di m² per inquilino m² di m³

servizi igienici ☐ SI ☐ NO ☐ in comune acqua calda ☐ SI ☐ NO
☐ familiari acqua fredda ☐ SI ☐ NO

☐ centralizzato
 con riscaldamento ☐ singolo; di che tipo

gas ☐ SI ☐ NO luce ☐ SI ☐ NO telefono ☐ SI ☐ NO rete fognaria ☐ SI ☐ NO

piano dell'abitazione con ascensore ☐ SI ☐ NO

garage ☐ SI ☐ NO parco giochi ☐ SI ☐ NO

m²..... totali di verde; m²..... per famiglia di verde

m²..... di giardino privato

anno di costr. stabile stato di conserv.

la zona è considerata:

☐ centro ☐ centro storico
☐ residenziale ☐ periferica

numero delle fabbriche nel quartiere e tipo di inquinanti

☐ ospedale a mt.	☐ farmacia a mt.
☐ ambulatorio mutualistico a mt.	☐ giardini pubblici a mt.
☐ servizi autoferrotramviari a mt.	☐ negozi a mt.
☐ asilo nido a mt.	☐ scuola materna a mt.
☐ scuola elementare a mt.	☐ scuola media a mt.
☐ campo sportivo a mt.	☐ palestra a mt.
☐ biblioteca a mt.	☐ piscina a mt.

NOTE:

ABITAZIONE: comune di:

via

☐ di sua proprietà
☐ in affitto data canone+spese L.
 data canone+spese L.
 data canone+spese L.
 data canone+spese L.
 data canone+spese L.

☐ abitazione singola ☐ in un condominio di n. appartamenti
 abitazione di m² per inquilino m² di m³

servizi igienici ☐ SI ☐ NO ☐ in comune acqua calda ☐ SI ☐ NO
☐ familiari acqua fredda ☐ SI ☐ NO

☐ centralizzato
 con riscaldamento ☐ singolo; di che tipo

gas ☐ SI ☐ NO luce ☐ SI ☐ NO telefono ☐ SI ☐ NO rete fognaria ☐ SI ☐ NO

piano dell'abitazione con ascensore ☐ SI ☐ NO

garage ☐ SI ☐ NO parco giochi ☐ SI ☐ NO

m²..... totali di verde; m²..... per famiglia di verde

m²..... di giardino privato

anno di costr. stabile stato di conserv.

la zona è considerata:

☐ centro ☐ centro storico
☐ residenziale ☐ periferica

numero delle fabbriche nel quartiere e tipo di inquinanti

☐ ospedale a mt.	☐ farmacia a mt.
☐ ambulatorio mutualistico a mt.	☐ giardini pubblici a mt.
☐ servizi autoferrotramviari a mt.	☐ negozi a mt.
☐ asilo nido a mt.	☐ scuola materna a mt.
☐ scuola elementare a mt.	☐ scuola media a mt.
☐ campo sportivo a mt.	☐ palestra a mt.
☐ biblioteca a mt.	☐ piscina a mt.

NOTE:

VACCINAZIONI

Antitetanica	☐ Data	Antirosolia.....	☐ Data
Antivaiolosa	☐ Data	Anti TBC	☐ Data
Antidifterica	☐ Data	Antipolio	☐ Data
Altre	☐ Data	Altre	☐ Data
Altre	☐ Data	Altre	☐ Data

PROFILASSI ANTITETANICA: Sieroprofilassi

Data Siero Reazione¹ Sanitario Ente

(1) Assente - Locale - Generalizzato - Shock - Anafilattico

PROFILASSI ANTITETANICA: Vaccinoprofilassi

1^a Dose - Data Vaccino Sanitario Ente

2^a Dose - Data Vaccino Sanitario Ente

Richiamo Data Vaccino Sanitario Ente

ALLERGIE A FARMACI E A SOSTANZE

Tipo di farmaco o sostanza		Data	Reazione dovuta all'allergia
FARMACI (1)			
SOSTANZE			

NOTE: (1) specificare il nome del farmaco e la casa farmaceutica

STORIA LAVORATIVA

Ha iniziato a lavorare il all'età di anni
presso la ditta indirizzo della ditta
via
residenza della lavoratrice o del lavoratore durante tale periodo
via N.
residenza della lavoratrice o del lavoratore durante tale periodo
via N.

CAMBIAMENTO DI LAVORO ALL'INTERNO DELLA DITTA

data	reparto attuale	mansione	eventuale trasferimento interno		
			data	motivo	altro reparto

PRESTAZIONI DI LAVORO PRESSO ALTRE DITTE ED EVENTUALI TRASFERIMENTI INTERNI

Dal lavora presso la ditta
indirizzo della ditta via
residenza della lavoratrice o del lavoratore durante tale periodo
via N.
residenza della lavoratrice o del lavoratore durante tale periodo
via N.

data	reparto attuale	mansione	eventuale trasferimento interno		
			data	motivo	altro reparto

PRESTAZIONI DI LAVORO PRESSO ALTRE DITTE ED EVENTUALI TRASFERIMENTI INTERNI

Dal lavora presso la ditta
indirizzo della ditta via
residenza della lavoratrice o del lavoratore durante tale periodo
via N.
residenza della lavoratrice o del lavoratore durante tale periodo
via N.

data	reparto attuale	mansione	eventuale trasferimento interno		
			data	motivo	altro reparto

Dal lavora presso la ditta
indirizzo della ditta via
residenza della lavoratrice o del lavoratore durante tale periodo
via N.
residenza della lavoratrice o del lavoratore durante tale periodo
via N.

data	reparto attuale	mansione	eventuale trasferimento interno		
			data	motivo	altro reparto

PRESTAZIONI DI LAVORO PRESSO ALTRE DITTE ED EVENTUALI TRASFERIMENTI INTERNI

Dal lavora presso la ditta
indirizzo della ditta via
residenza della lavoratrice o del lavoratore durante tale periodo
via N.
residenza della lavoratrice o del lavoratore durante tale periodo
via N.

data	reparto attuale	mansione	eventuale trasferimento interno		
			data	motivo	altro reparto

Dal lavora presso la ditta
indirizzo della ditta via
residenza della lavoratrice o del lavoratore durante tale periodo
via N.
residenza della lavoratrice o del lavoratore durante tale periodo
via N.

data	reparto attuale	mansione	eventuale trasferimento interno		
			data	motivo	altro reparto

LAVORO A DOMICILIO

☐ SI ☐ NO

☐ in proprio
☐ per conto terzi ditta
 indirizzo
 ha svolto il suddetto lavoro dal al
 libretto di lavoro ☐ SI ☐ NO giorni di ferie
 ore di lavoro giornaliere e settimanali
 giorni liberi n. il
 macchinari usati (2)
 consumo mensile di energia elettrica L.
 luogo di lavoro: ☐ cucina ☐ cantina ☐ camera
☐ garage ☐ altri

Tipo di lavoro effettuato:

NOTE:

- (1) compilare anche la sezione rischio parte quarta (da pag.150)
 (2) nome commerciale e della ditta produttrice

LAVORO A DOMICILIO

☐ SI ☐ NO

☐ in proprio
☐ per conto terzi ditta
 indirizzo
 ha svolto il suddetto lavoro dal al
 libretto di lavoro ☐ SI ☐ NO giorni di ferie
 ore di lavoro giornaliere e settimanali
 giorni liberi n. il
 macchinari usati (2)
 consumo mensile di energia elettrica L.
 luogo di lavoro: ☐ cucina ☐ cantina ☐ camera
☐ garage ☐ altri

Tipo di lavoro effettuato:

NOTE:

- (1) compilare anche la sezione rischio parte quarta (da pag.150)
 (2) nome commerciale e ditta produttrice

LAVORO A DOMICILIO

☐ SI ☐ NO

☐ in proprio
☐ per conto terzi ditta
 indirizzo
 ha svolto il suddetto lavoro dal al
 libretto di lavoro ☐ SI ☐ NO giorni di ferie
 ore di lavoro giornaliere e settimanali
 giorni liberi n. il
 macchinari usati (2)
 consumo mensile di energia elettrica L.
 luogo di lavoro: ☐ cucina ☐ cantina ☐ camera
☐ garage ☐ altri

Tipo di lavoro effettuato:

NOTE:

- (1) compilare anche la sezione rischio parte quarta (da pag.150)
 (2) nome commerciale e della ditta produttrice

LAVORO A DOMICILIO

☐ SI ☐ NO

☐ in proprio
☐ per conto terzi ditta
 indirizzo
 ha svolto il suddetto lavoro dal al
 libretto di lavoro ☐ SI ☐ NO giorni di ferie
 ore di lavoro giornaliere e settimanali
 giorni liberi n. il
 macchinari usati (2)
 consumo mensile di energia elettrica L.
 luogo di lavoro: ☐ cucina ☐ cantina ☐ camera
☐ garage ☐ altri

Tipo di lavoro effettuato:

NOTE:

- (1) compilare anche la sezione rischio parte quarta (da pag.150)
 (2) nome commerciale e ditta produttrice

PRESTAZIONI DOMICILIARI PRESSO TERZI (1)

SI NO

☐ collaboratore domestico ☐ collaboratore a ore
☐ collaboratrice domestica ☐ collaboratrice a ore ☐ baby-sitter
 ha svolto il suddetto lavoro dal..... al
 libretto di lavoro ☐ SI ☐ NO giorni di ferie
 ore di lavoro giornaliere e settimanali
 giorni liberi n. il
 alloggia presso la famiglia cui presta servizio ☐ SI ☐ NO famiglie presso cui opera
 servizio n. condomini n.
 bambini a cui accudisce n. di anni
 utilizza elettrodomestici ☐ SI ☐ NO quali
 tipo di lavoro effettuato

NOTE:

PRESTAZIONI DOMICILIARI PRESSO TERZI (1)

SI NO

☐ collaboratore domestico ☐ collaboratore a ore
☐ collaboratrice domestica ☐ collaboratrice a ore ☐ baby-sitter
 ha svolto il suddetto lavoro dal..... al
 libretto di lavoro ☐ SI ☐ NO giorni di ferie
 ore di lavoro giornaliere e settimanali
 giorni liberi n. il
 alloggia presso la famiglia cui presta servizio ☐ SI ☐ NO famiglie presso cui opera
 servizio n. condomini n.
 bambini a cui accudisce n. di anni
 utilizza elettrodomestici ☐ SI ☐ NO quali
 tipo di lavoro effettuato

NOTE:

(1) Nel compilare la sezione rischio parte quarta (da pag. 150) si sottolinea l'importanza di riportare i nomi chimici e commerciali dei prodotti che vengono utilizzati.

PRESTAZIONI DOMICILIARI PRESSO TERZI (1)

SI NO

☐ collaboratrice domestica ☐ collaboratrice a ore ☐ baby-sitter
 ha svolto il suddetto lavoro dal..... al
 libretto di lavoro ☐ SI ☐ NO giorni di ferie
 ore di lavoro giornaliere e settimanali
 giorni liberi n. il
 alloggia presso la famiglia cui presta servizio ☐ SI ☐ NO famiglie presso cui opera
 servizio n. condomini n.
 bambini a cui accudisce n. di anni
 utilizza elettrodomestici ☐ SI ☐ NO quali
 tipo di lavoro effettuato

NOTE:

PRESTAZIONI DOMICILIARI PRESSO TERZI (1)

SI NO

☐ collaboratrice domestica ☐ collaboratrice a ore ☐ baby-sitter
 ha svolto il suddetto lavoro dal..... al
 libretto di lavoro ☐ SI ☐ NO giorni di ferie
 ore di lavoro giornaliere e settimanali
 giorni liberi n. il
 alloggia presso la famiglia cui presta servizio ☐ SI ☐ NO famiglie presso cui opera
 servizio n. condomini n.
 bambini a cui accudisce n. di anni
 utilizza elettrodomestici ☐ SI ☐ NO quali
 tipo di lavoro effettuato

NOTE:

(1) Nel compilare la sezione rischio parte quarta (da pag. 150) si sottolinea l'importanza di riportare i nomi chimici e commerciali dei prodotti che vengono utilizzati.

PRESTAZIONI DOMICILIARI (Lavoro casalingo) (1) ☐ SI ☐ NO

☐ Lavoro casalingo senza aiuto dal al

☐ Lavoro casalingo con aiuto domestico

☐ di un familiare dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

☐ di un conoscente dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

☐ di altri dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

per ore al giorno e per ore alla settimana

usa elettrodomestici ☐ SI ☐ NO quali

NOTE:

.....

.....

PRESTAZIONI DOMICILIARI (lavoro casalingo) (1) ☐ SI ☐ NO

☐ Lavoro casalingo senza aiuto dal al

☐ Lavoro casalingo con aiuto domestico

☐ di un familiare dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

☐ di un conoscente dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

☐ di altri dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

per ore al giorno e per ore alla settimana

usa elettrodomestici ☐ SI ☐ NO quali

NOTE:

.....

.....

PRESTAZIONI DOMICILIARI (Lavoro casalingo) (1) ☐ SI ☐ NO

☐ Lavoro casalingo senza aiuto dal al

☐ Lavoro casalingo con aiuto domestico

☐ di un familiare dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

☐ di un conoscente dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

☐ di altri dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

per ore al giorno e per ore alla settimana

usa elettrodomestici ☐ SI ☐ NO quali

NOTE:

.....

.....

(1) Nel compilare la sezione rischio parte quarta (da pag. 150) si sottolinea l'importanza di riportare i nomi chimici e commerciali dei prodotti che vengono utilizzati.

PRESTAZIONI DOMICILIARI (Lavoro casalingo) (1) ☐ SI ☐ NO

☐ Lavoro casalingo senza aiuto dal al

☐ Lavoro casalingo con aiuto domestico

☐ di un familiare dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

☐ di un conoscente dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

☐ di altri dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

per ore al giorno e per ore alla settimana

usa elettrodomestici ☐ SI ☐ NO quali

NOTE:

.....

.....

PRESTAZIONI DOMICILIARI (lavoro casalingo) (1) ☐ SI ☐ NO

☐ Lavoro casalingo senza aiuto dal al

☐ Lavoro casalingo con aiuto domestico

☐ di un familiare dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

☐ di un conoscente dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

☐ di altri dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

per ore al giorno e per ore alla settimana

usa elettrodomestici ☐ SI ☐ NO quali

NOTE:

.....

.....

PRESTAZIONI DOMICILIARI (Lavoro casalingo) (1) ☐ SI ☐ NO

☐ Lavoro casalingo senza aiuto dal al

☐ Lavoro casalingo con aiuto domestico

☐ di un familiare dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

☐ di un conoscente dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

☐ di altri dal al con retribuzione ☐ SI ☐ NO

per ore al giorno e per ore alla settimana

usa elettrodomestici ☐ SI ☐ NO quali

NOTE:

.....

.....

(1) Nel compilare la sezione rischio parte quarta (da pag. 150) si sottolinea l'importanza di riportare i nomi chimici e commerciali dei prodotti che vengono utilizzati.

FIGLI

n. figli e data di nascita	1	2	3	4	5
l'hai curato te sino aanni					
☐ a balia, motivo retta mensile L. presso chi dal al per ore al giorno per giorni alla sett.					
☐ (1) asilo nido, motivo retta mensile L. dal al dalle ore alle ore nel periodo estivo feriale se ☐ chi li cura	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
☐ (1) scuola materna, motivo retta mensile L. dal al dalle ore alle ore nel periodo estivo feriale se ☐ chi li cura	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
☐ (1) scuola elementare dal al usufruisce del doposcuola dalle ore alle ore usufruisce del tempo pieno dalle ore alle ore della mensa scolastica retta mensile L.	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
☐ (1) scuola media dal al					
☐ (1) scuola media superiore dal al					
☐ università dal al					

(1) Specificare se è gestito da privati, religiosi o è pubblico

ABITUDINI DI VITA

ALIMENTAZIONE:

Ricca di grassi (salumi, burro, carni grasse) ☐
 Ricca di zuccheri (pane, pasta, dolci, ecc.) ☐

Normale mangiatrice ☐ Forte mangiatrice ☐ Scarso mangiatrice ☐
mangiare ☐ mangiare ☐ mangiare ☐

Consuma il pasto nella mensa aziendale ☐ SI ☐ NO

Consuma il pasto a casa propria ☐ SI ☐ NO

Tempo per raggiungere la casa min.

Consuma il pasto aziendale in reparto ☐ SI ☐ NO
proprio

Consuma il pasto aziendale in locali diversi dal reparto ☐ SI ☐ NO
proprio

Tempo a disposizione per consumare il pasto min.

ALCOOLICI: (specificare nelle note se beve vino o birra)

☐ NO quantità di alcolici { più di 1 litro ☐
 astemio bevuta al giorno { più di 1/2 litro ☐
☐ SI 1/2 litro ☐

FUMO:

non fumatrice ☐ fumatrice ☐ da che età
 fumatore ☐ fumatore ☐
 sigarette ☐ sigari ☐ pipa ☐

quantità { sigarette al giorno n.
 { sigari al giorno n.
 { pipate al giorno n.

ha smesso di fumare ☐ SI ☐ NO a che età

motivo

ha ripreso a fumare ☐ SI ☐ NO a che età

NOTE:

Desideri avere ☐ SI data data data data
(altri) figli ☐ NO data data data data

USO DI METODI ANTICONCEZIONALI

Tipo	dal	al	perché hai smesso	gravidanze provocate nonostante l'uso dei metodi suddetti
☐ pillola				
☐ spirale				
☐ diaframma				
☐ preservativo				
☐ coito interrotto				
☐ Ogino Knaus				
☐ spermicidi				
☐ sterilizzazione				
☐ Altri				

Si sottopone a periodici controlli ☐ SI ☐ NO

ogni quanto tempo

NOTE:

.....

.....

USO ABITUALE DI FARMACI

Tipo di farmaco (1)		dal	al	motivo
☐	Tranquillanti (sonniferi) ⁽²⁾			
☐	Antibiotici			
☐	Contro la febbre			
☐	Ricostituenti			
☐	Lassativi			
☐	Digestivi			
☐	Altri			

NOTE: (1) specificare il nome del farmaco e la casa farmaceutica

(2) vanno compresi anche gli antidolorifici (analgesici)

**PARTE SECONDA SEZIONE SANITARIA DEL « LIBRETTO SANITARIO
E DI RISCHIO »**

**CURRICULUM DI TUTTE LE MALATTIE ED INFORTUNI CHE LA LAVO-
RATRICE O IL LAVORATORE HA AVUTO**

ANAMNESI PATOLOGICA PASSATA

malattie infantili (indicare a fianco l'età in cui la lavoratrice o il lavoratore ha contratto la malattia)

☐ morbillo	anni	☐ R.A.A. ⁽⁴⁾	anni	☐ parotite	anni
☐ scarlattina	anni	☐ pertosse	anni	☐ varicella	anni
☐ rosolia	anni	☐ difterite	anni		

Malattie successive senza ricovero ospedaliero:

[illegible]

NOTE: (1) RAA = reumatismo articolare acuto

segue scheda per riportare malattie senza ricovero ospedaliero —

Malattie successive **senza** ricovero ospedaliero:

[illegible]

NOTE:

INFORTUNI SUL LAVORO

Infortunio sul lavoro senza ricovero ospedaliero che la lavoratrice o il lavoratore ha subito.

Nome e indirizzo della ditta presso la quale la lavoratrice o il lavoratore prestava servizio al momento in cui si è infortunata/o.....
Data tipo di infortunio

L'infortunio è avvenuto

giorno della settimana						
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L	M	M	G	V	S	D

 alle ore

durante l'orario di lavoro che è dalle ore alle ore

cause dichiarate dalla lavoratrice o dal lavoratore che hanno provocato l'infortunio:

- ☐ Affaticamento da ritmi
- ☐ Affaticamento da turni
- ☐ Affaticamento da straordinari
- ☐ Affaticamento da nocività ambientale
- ☐ Affaticamento da carenza di misure protettive
- ☐ Affaticamento da tensione nervosa provocata dalle gerarchie di reparto

L'infortunio è stato denunciato all'INAIL ☐ SI ☐ NO data.....
Prognosi denunciata dal Dott. Ente
giorni di infortunio Lesione riscontrata.....

percentuale di invalidità
in seguito all'infortunio la lavoratrice o il lavoratore è stata/o adibita/o
ad altri lavori ☐ SI ☐ NO quali:

NOTE:

INFORTUNI SUL LAVORO

Infortunio sul lavoro senza ricovero ospedaliero che la lavoratrice o il lavoratore ha subito.

Nome e indirizzo della ditta presso la quale la lavoratrice o il lavoratore prestava servizio al momento in cui si è infortunata/o.....
Data tipo di infortunio

L'infortunio è avvenuto

giorno della settimana						
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L	M	M	G	V	S	D

 alle ore

durante l'orario di lavoro che è dalle ore alle ore

cause dichiarate dalla lavoratrice o dal lavoratore che hanno provocato l'infortunio:

- ☐ Affaticamento da ritmi
- ☐ Affaticamento da turni
- ☐ Affaticamento da straordinari
- ☐ Affaticamento da nocività ambientale
- ☐ Affaticamento da carenza di misure protettive
- ☐ Affaticamento da tensione nervosa provocata dalle gerarchie di reparto

L'infortunio è stato denunciato all'INAIL ☐ SI ☐ NO data.....
Prognosi denunciata dal Dott. Ente
giorni di infortunio Lesione riscontrata.....

percentuale di invalidità
in seguito all'infortunio la lavoratrice o il lavoratore è stata/o adibita/o
ad altri lavori ☐ SI ☐ NO quali:

NOTE:

INFORTUNI SUL LAVORO

Infortunati sul lavoro senza ricovero ospedaliero che la lavoratrice o il lavoratore ha subito.

Nome e indirizzo della ditta presso la quale la lavoratrice o il lavoratore prestava servizio al momento in cui si è infortunata/o.....

Data tipo di infortunio

L'infortunio è avvenuto

giorno della settimana						
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L	M	M	G	V	S	D

 alle ore

durante l'orario di lavoro che è dalle ore alle ore

cause dichiarate dalla lavoratrice o dal lavoratore che hanno provocato l'infortunio:

- ☐ Affaticamento da ritmi
- ☐ Affaticamento da turni
- ☐ Affaticamento da straordinari
- ☐ Affaticamento da nocività ambientale
- ☐ Affaticamento da carenza di misure protettive
- ☐ Affaticamento da tensione nervosa provocata dalle gerarchie di reparto

L'infortunio è stato denunciato all'INAIL ☐ SI ☐ NO data.....

Prognosi denunciata dal Dott. Ente

giorni di infortunio Lesione riscontrata.....

percentuale di invalidità

in seguito all'infortunio la lavoratrice o il lavoratore è stata/o adibita/o

ad altri lavori ☐ SI ☐ NO quali:

NOTE:

INFORTUNI SUL LAVORO

Infortunati sul lavoro senza ricovero ospedaliero che la lavoratrice o il lavoratore ha subito.

Nome e indirizzo della ditta presso la quale la lavoratrice o il lavoratore prestava servizio al momento in cui si è infortunata/o.....

Data tipo di infortunio

L'infortunio è avvenuto

giorno della settimana						
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L	M	M	G	V	S	D

 alle ore

durante l'orario di lavoro che è dalle ore alle ore

cause dichiarate dalla lavoratrice o dal lavoratore che hanno provocato l'infortunio:

- ☐ Affaticamento da ritmi
- ☐ Affaticamento da turni
- ☐ Affaticamento da straordinari
- ☐ Affaticamento da nocività ambientale
- ☐ Affaticamento da carenza di misure protettive
- ☐ Affaticamento da tensione nervosa provocata dalle gerarchie di reparto

L'infortunio è stato denunciato all'INAIL ☐ SI ☐ NO data.....

Prognosi denunciata dal Dott. Ente

giorni di infortunio Lesione riscontrata.....

percentuale di invalidità

in seguito all'infortunio la lavoratrice o il lavoratore è stata/o adibita/o

ad altri lavori ☐ SI ☐ NO quali:

NOTE:

INFORTUNI SUL LAVORO

Infortunì sul lavoro senza ricovero ospedaliero che la lavoratrice o il lavoratore ha subito.

Nome e indirizzo della ditta presso la quale la lavoratrice o il lavoratore prestava servizio al momento in cui si è infortunata/o.....

Data tipo di infortunio

L'infortunio è avvenuto

giorno della settimana						
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L	M	M	G	V	S	D

 alle ore

durante l'orario di lavoro che è dalle ore alle ore

cause dichiarate dalla lavoratrice o dal lavoratore che hanno provocato l'infortunio:

- ☐ Affaticamento da ritmi
- ☐ Affaticamento da turni
- ☐ Affaticamento da straordinari
- ☐ Affaticamento da nocività ambientale
- ☐ Affaticamento da carenza di misure protettive
- ☐ Affaticamento da tensione nervosa provocata dalle gerarchie di reparto

L'infortunio è stato denunciato all'INAIL ☐ SI ☐ NO data.....

Prognosi denunciata dal Dott. Ente

giorni di infortunio Lesione riscontrata.....

percentuale di invalidità

in seguito all'infortunio la lavoratrice o il lavoratore è stata/o adibita/o

ad altri lavori ☐ SI ☐ NO quali:

NOTE:

INFORTUNI SUL LAVORO

Infortunì sul lavoro con ricovero ospedaliero che la lavoratrice o il lavoratore ha subito.

Nome e indirizzo della ditta presso la quale la lavoratrice o il lavoratore prestava servizio al momento in cui si è infortunata/o.....

Data tipo di infortunio

L'infortunio è avvenuto

giorno della settimana						
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L	M	M	G	V	S	D

 alle ore

durante l'orario di lavoro che è dalle orealle ore

cause dichiarate dalla lavoratrice o dal lavoratore che hanno provocato l'infortunio:

- ☐ Affaticamento da ritmi
- ☐ Affaticamento da turni
- ☐ Affaticamento da straordinari
- ☐ Affaticamento da nocività ambientale
- ☐ Affaticamento da carenza di misure protettive
- ☐ Affaticamento da tensione nervosa provocata dalle gerarchie di reparto

L'infortunio è stato denunciato all'INAIL ☐ SI ☐ NO data.....

Prognosi denunciata dal Dott.Ente

giorni di infortunio totali di cui con ricovero ospedaliero

Lesione riscontrata.....

percentuale di invalidità

in seguito all'infortunio la lavoratrice o il lavoratore è stata/o adibita/o

ad altri lavori ☐ SI ☐ NO quali:

NOTE:

INFORTUNI SUL LAVORO

Infortunio sul lavoro con ricovero ospedaliero che la lavoratrice o il lavoratore ha subito.

Nome e indirizzo della ditta presso la quale la lavoratrice o il lavoratore prestava servizio al momento in cui si è infortunata/o.....

Data tipo di infortunio

L'infortunio è avvenuto

giorno della settimana						
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L	M	M	G	V	S	D

 alle ore

durante l'orario di lavoro che è dalle orealle ore

cause dichiarate dalla lavoratrice o dal lavoratore che hanno provocato l'infortunio:

- ☐ Affaticamento da ritmi
- ☐ Affaticamento da turni
- ☐ Affaticamento da straordinari
- ☐ Affaticamento da nocività ambientale
- ☐ Affaticamento da carenza di misure protettive
- ☐ Affaticamento da tensione nervosa provocata dalle gerarchie di reparto

L'infortunio è stato denunciato all'INAIL ☐ SI ☐ NO data.....

Prognosi denunciata dal Dott.Ente

giorni di infortunio totali di cui con ricovero ospedaliero

Lesione riscontrata.....

percentuale di invalidità

in seguito all'infortunio la lavoratrice o il lavoratore è stata/o adibita/o

ad altri lavori ☐ SI ☐ NO quali:

NOTE:

INFORTUNI SUL LAVORO

Infortunio sul lavoro con ricovero ospedaliero che la lavoratrice o il lavoratore ha subito.

Nome e indirizzo della ditta presso la quale la lavoratrice o il lavoratore prestava servizio al momento in cui si è infortunata/o.....

Data tipo di infortunio

L'infortunio è avvenuto

giorno della settimana						
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L	M	M	G	V	S	D

 alle ore

durante l'orario di lavoro che è dalle orealle ore

cause dichiarate dalla lavoratrice o dal lavoratore che hanno provocato l'infortunio:

- ☐ Affaticamento da ritmi
- ☐ Affaticamento da turni
- ☐ Affaticamento da straordinari
- ☐ Affaticamento da nocività ambientale
- ☐ Affaticamento da carenza di misure protettive
- ☐ Affaticamento da tensione nervosa provocata dalle gerarchie di reparto

L'infortunio è stato denunciato all'INAIL ☐ SI ☐ NO data.....

Prognosi denunciata dal Dott.Ente

giorni di infortunio totali di cui con ricovero ospedaliero

Lesione riscontrata.....

percentuale di invalidità

in seguito all'infortunio la lavoratrice o il lavoratore è stata/o adibita/o

ad altri lavori ☐ SI ☐ NO quali:

NOTE:

INFORTUNI SUL LAVORO: ABORTI

Nome e indirizzo della ditta presso la quale la lavoratrice prestava servizio
al momento in cui ha abortito

data settimane dal concepimento

descrizione aborto

cause dichiarate dalla lavoratrice che hanno provocato l'aborto:

- ☐ Lavoro in piedi
- ☐ Affaticamento da ritmi
- ☐ Affaticamento da turni
- ☐ Affaticamento da straordinari
- ☐ Affaticamento da nocività ambientale (1)
- ☐ Affaticamento da carenza di misure protettive
- ☐ Affaticamento da tensione nervosa provocata
dalle gerarchie di reparto
- ☐ Affaticamento da altre cause

L'aborto è stato denunciato all'INAIL ☐ SI ☐ NO data
e/o altro Ente a cui è stato denunciato l'aborto

data

A causa dell'aborto la lavoratrice ha subito interventi chirurgici ☐ SI ☐ NO
quali:

Prognosi effettuata dal Dott.

Ente ove è stato effettuato l'intervento

giorni di infortunio totale di cui con ricovero ospedaliero

percentuale di invalidità

in seguito all'infortunio la lavoratrice è stata adibita ad altri lavori ☐ SI ☐ NO

quali:

NOTE:

(1) per la descrizione delle sostanze manipolate riferirsi alla pag. della sez. rischio

INFORTUNI SUL LAVORO: ABORTI

Nome e indirizzo della ditta presso la quale la lavoratrice prestava servizio
al momento in cui ha abortito

data settimane dal concepimento

descrizione aborto

cause dichiarate dalla lavoratrice che hanno provocato l'aborto:

- ☐ Lavoro in piedi
- ☐ Affaticamento da ritmi
- ☐ Affaticamento da turni
- ☐ Affaticamento da straordinari
- ☐ Affaticamento da nocività ambientale (1)
- ☐ Affaticamento da carenza di misure protettive
- ☐ Affaticamento da tensione nervosa provocata
dalle gerarchie di reparto
- ☐ Affaticamento da altre cause

L'aborto è stato denunciato all'INAIL ☐ SI ☐ NO data
e/o altro Ente a cui è stato denunciato l'aborto

data

A causa dell'aborto la lavoratrice ha subito interventi chirurgici ☐ SI ☐ NO
quali:

Prognosi effettuata dal Dott.

Ente ove è stato effettuato l'intervento

giorni di infortunio totale di cui con ricovero ospedaliero

percentuale di invalidità

in seguito all'infortunio la lavoratrice è stata adibita ad altri lavori ☐ SI ☐ NO

quali:

NOTE:

(1) per la descrizione delle sostanze manipolate riferirsi alla pag. della sez. rischio

INFORTUNI SUL LAVORO: ABORTI

Nome e indirizzo della ditta presso la quale la lavoratrice prestava servizio
al momento in cui ha abortito

data settimane dal concepimento

descrizione aborto

cause dichiarate dalla lavoratrice che hanno provocato l'aborto:

- ☐ Lavoro in piedi
- ☐ Affaticamento da ritmi
- ☐ Affaticamento da turni
- ☐ Affaticamento da straordinari
- ☐ Affaticamento da nocività ambientale (1)
- ☐ Affaticamento da carenza di misure protettive
- ☐ Affaticamento da tensione nervosa provocata
dalle gerarchie di reparto
- ☐ Affaticamento da altre cause

L'aborto è stato denunciato all'INAIL ☐ SI ☐ NO data
e/o altro Ente a cui è stato denunciato l'aborto

data

A causa dell'aborto la lavoratrice ha subito interventi chirurgici ☐ SI ☐ NO
quali:

Prognosi effettuata dal Dott.

Ente ove è stato effettuato l'intervento

giorni di infortunio totale di cui con ricovero ospedaliero

percentuale di invalidità

in seguito all'infortunio la lavoratrice è stata adibita ad altri lavori ☐ SI ☐ NO

quali:

NOTE:

(1) per la descrizione delle sostanze manipolate riferirsi alla pag. della sez. rischio

INFORTUNI SUL LAVORO: ABORTI

Nome e indirizzo della ditta presso la quale la lavoratrice prestava servizio
al momento in cui ha abortito

data settimane dal concepimento

descrizione aborto

cause dichiarate dalla lavoratrice che hanno provocato l'aborto:

- ☐ Lavoro in piedi
- ☐ Affaticamento da ritmi
- ☐ Affaticamento da turni
- ☐ Affaticamento da straordinari
- ☐ Affaticamento da nocività ambientale (1)
- ☐ Affaticamento da carenza di misure protettive
- ☐ Affaticamento da tensione nervosa provocata
dalle gerarchie di reparto
- ☐ Affaticamento da altre cause

L'aborto è stato denunciato all'INAIL ☐ SI ☐ NO data
e/o altro Ente a cui è stato denunciato l'aborto

data

A causa dell'aborto la lavoratrice ha subito interventi chirurgici ☐ SI ☐ NO
quali:

Prognosi effettuata dal Dott.

Ente ove è stato effettuato l'intervento

giorni di infortunio totale di cui con ricovero ospedaliero

percentuale di invalidità

in seguito all'infortunio la lavoratrice è stata adibita ad altri lavori ☐ SI ☐ NO

quali:

NOTE:

(1) per la descrizione delle sostanze manipolate riferirsi alla pag. della sez. rischio

PARTE TERZA
SOGGETTIVITA DELLA LAVORATRICE O DEL LAVORATORE AI SINTOMI CHE
HA ACCUSATO NEL PERIODO LAVORATIVO E NEI VARI POSTI DI LAVORO

Data					
Ditta					
Reparto					
Mansione					
Tipo di lavorazione					
Orario di lavoro					
	1° Lavoro	2° lavoro	3° lavoro	4° Lavoro	5° Lavoro
Apparato visivo					
bruciore e lacrimazione	☐	☐	☐	☐	☐
senso di fastidio alla luce	☐	☐	☐	☐	☐
riduzione della vista					
— da vicino (da da)	☐	☐	☐	☐	☐
— da lontano (da da)	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato uditivo					
secrezione dall'orecchio	☐	☐	☐	☐	☐
dolore all'orecchio	☐	☐	☐	☐	☐
fischii e ronzii all'orecchio	☐	☐	☐	☐	☐
riduzione dell'udito (da da)	☐	☐	☐	☐	☐
senso di chiuso	☐	☐	☐	☐	☐
tappi di cerume	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato respiratorio					
naso chiuso	☐	☐	☐	☐	☐
secrezione nasale	☐	☐	☐	☐	☐
sangue dal naso	☐	☐	☐	☐	☐
mal di gola	☐	☐	☐	☐	☐
voce rauca	☐	☐	☐	☐	☐
tosse secca	☐	☐	☐	☐	☐
tosse con catarro	☐	☐	☐	☐	☐
tosse con sangue	☐	☐	☐	☐	☐
crisi per mancanza di respiro	☐	☐	☐	☐	☐
difficoltà di respiro improvvisa	☐	☐	☐	☐	☐
difficoltà di respiro da sforzo	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato cardiocircolatorio					
caviglie gonfie	☐	☐	☐	☐	☐
palpitazioni	☐	☐	☐	☐	☐
dolori al cuore	☐	☐	☐	☐	☐
crampi ai polpacci a riposo	☐	☐	☐	☐	☐

segue

	1° Lavoro	2° lavoro	3° Lavoro	4° Lavoro	5° Lavoro
crampi ai polp. sotto sforzo	☐	☐	☐	☐	☐
sbiancamento o dolore delle dita al freddo	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato digerente					
mal di denti	☐	☐	☐	☐	☐
carie dentaria	☐	☐	☐	☐	☐
bruciori di stomaco	☐	☐	☐	☐	☐
dolori di stomaco	☐	☐	☐	☐	☐
digestione difficile	☐	☐	☐	☐	☐
mancanza di appetito	☐	☐	☐	☐	☐
nausea e/o vomito	☐	☐	☐	☐	☐
dolori addominali (coliche)	☐	☐	☐	☐	☐
sangue nelle feci	☐	☐	☐	☐	☐
dolori da emorroidi nella defecazione	☐	☐	☐	☐	☐
diarrea	☐	☐	☐	☐	☐
stitichezza	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato scheletrico					
dolori al collo	☐	☐	☐	☐	☐
dolori alle spalle	☐	☐	☐	☐	☐
dolori alla schiena	☐	☐	☐	☐	☐
dolori alle anche	☐	☐	☐	☐	☐
altri	☐	☐	☐	☐	☐
Arti					
pesantezza gambe	☐	☐	☐	☐	☐
formicolii gambe	☐	☐	☐	☐	☐
formicolii braccia	☐	☐	☐	☐	☐
dolori o crampi sotto sforzo					
alle gambe	☐	☐	☐	☐	☐
dolori ai gomiti o alle mani	☐	☐	☐	☐	☐
dolori alle ginocchia o ai piedi	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato urinario					
difficoltà a urinare	☐	☐	☐	☐	☐
dolore o bruciore nell'urinare	☐	☐	☐	☐	☐
urina durante il riposo notturno	☐	☐	☐	☐	☐
sangue nell'urina	☐	☐	☐	☐	☐
perdita di urina sotto sforzo					
e quando tossisce	☐	☐	☐	☐	☐
perdita di urina a riposo	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato genitale femminile					
prurito vulva	☐	☐	☐	☐	☐
bruciore vulva	☐	☐	☐	☐	☐
dolore al basso addome	☐	☐	☐	☐	☐
perdita di sangue o marrone					
tra le mestruazioni	☐	☐	☐	☐	☐
perdite giallognole o verdastre	☐	☐	☐	☐	☐

segue

	1° Lavoro	2° Lavoro	3° Lavoro	4° Lavoro	5° Lavoro
frigidità	☐	☐	☐	☐	☐
diminuzione della voglia del rapporto sessuale	☐	☐	☐	☐	☐
insoddisfazione rispetto al rapporto sessuale	☐	☐	☐	☐	☐
difficoltà fisiche nei rapporti sessuali	☐	☐	☐	☐	☐
Mammelle					
dolori prima delle mestruazioni	☐	☐	☐	☐	☐
dolore sempre	☐	☐	☐	☐	☐
palpandola avverti qualche nodulo:					
— doloroso	☐	☐	☐	☐	☐
— non doloroso	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato genitale maschile					
scolo di pus o perdite chiare	☐	☐	☐	☐	☐
insoddisfazione rispetto al rapporto sessuale	☐	☐	☐	☐	☐
diminuzione della virilità	☐	☐	☐	☐	☐
impotenza	☐	☐	☐	☐	☐
difficoltà fisiche nei rapporti sessuali	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato cutaneo					
prurito	☐	☐	☐	☐	☐
macchie	☐	☐	☐	☐	☐
eczemi	☐	☐	☐	☐	☐
arrossamento	☐	☐	☐	☐	☐
altri disturbi	☐	☐	☐	☐	☐
Disturbi psiconervosi					
mal di testa	☐	☐	☐	☐	☐
nevralgie	☐	☐	☐	☐	☐
tic nervosi	☐	☐	☐	☐	☐
formicolii	☐	☐	☐	☐	☐
alteraz. sensibilità cutanea	☐	☐	☐	☐	☐
vertigini o capogiri	☐	☐	☐	☐	☐
svenimenti	☐	☐	☐	☐	☐
tremori	☐	☐	☐	☐	☐
convulsioni	☐	☐	☐	☐	☐
stanchezza	☐	☐	☐	☐	☐
ansia	☐	☐	☐	☐	☐
depressione o malinconia	☐	☐	☐	☐	☐
irascibilità	☐	☐	☐	☐	☐
insonnia	☐	☐	☐	☐	☐
nervosismo	☐	☐	☐	☐	☐
altri disturbi	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐

segue

NOTE

1° LAVORO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2° LAVORO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3° LAVORO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4° LAVORO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5° LAVORO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data					
Ditta					
Reparto					
Mansione					
Tipo di lavorazione					
Orario di lavoro					
	6° Lavoro	7° lavoro	8° lavoro	9° Lavoro	10° Lavoro
Apparato visivo					
bruciore e lacrimazione	☐	☐	☐	☐	☐
senso di fastidio alla luce	☐	☐	☐	☐	☐
riduzione della vista					
— da vicino (☐ ☐)	☐	☐	☐	☐	☐
— da lontano (☐ ☐)	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato uditivo					
secrezione dall'orecchio	☐	☐	☐	☐	☐
dolore all'orecchio	☐	☐	☐	☐	☐
fischii e ronzii all'orecchio	☐	☐	☐	☐	☐
riduzione dell'udito (☐ ☐)	☐	☐	☐	☐	☐
senso di chiuso	☐	☐	☐	☐	☐
tappi di cerume	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato respiratorio					
naso chiuso	☐	☐	☐	☐	☐
secrezione nasale	☐	☐	☐	☐	☐
sangue dal naso	☐	☐	☐	☐	☐
mal di gola	☐	☐	☐	☐	☐
voce rauca	☐	☐	☐	☐	☐
tosse secca	☐	☐	☐	☐	☐
tosse con catarro	☐	☐	☐	☐	☐
tosse con sangue	☐	☐	☐	☐	☐
crisi per mancanza di respiro	☐	☐	☐	☐	☐
difficoltà di respiro improvvisa	☐	☐	☐	☐	☐
difficoltà di respiro da sforzo	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato cardiocircolatorio					
caviglie gonfie	☐	☐	☐	☐	☐
palpitazioni	☐	☐	☐	☐	☐
dolori al cuore	☐	☐	☐	☐	☐
crampi ai polpacci a riposo	☐	☐	☐	☐	☐

segue

	6° Lavoro	7° lavoro	8° Lavoro	9° Lavoro	10° Lavoro
crampi ai polp. sotto sforzo	☐	☐	☐	☐	☐
sbiancamento o dolore delle dita al freddo	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato digerente					
mal di denti	☐	☐	☐	☐	☐
carie dentaria	☐	☐	☐	☐	☐
bruciori di stomaco	☐	☐	☐	☐	☐
dolori di stomaco	☐	☐	☐	☐	☐
digestione difficile	☐	☐	☐	☐	☐
mancanza di appetito	☐	☐	☐	☐	☐
nausea e/o vomito	☐	☐	☐	☐	☐
dolori addominali (coliche)	☐	☐	☐	☐	☐
sangue nelle feci	☐	☐	☐	☐	☐
dolori da emorroidi nella defecazione	☐	☐	☐	☐	☐
diarrea	☐	☐	☐	☐	☐
stitichezza	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato scheletrico					
dolori al collo	☐	☐	☐	☐	☐
dolori alle spalle	☐	☐	☐	☐	☐
dolori alla schiena	☐	☐	☐	☐	☐
dolori alle anche	☐	☐	☐	☐	☐
altri	☐	☐	☐	☐	☐
Arti					
pesantezza gambe	☐	☐	☐	☐	☐
formicolii gambe	☐	☐	☐	☐	☐
formicolii braccia	☐	☐	☐	☐	☐
dolori o crampi sotto sforzo					
alle gambe	☐	☐	☐	☐	☐
dolori ai gomiti o alle mani	☐	☐	☐	☐	☐
dolori alle ginocchia o ai piedi	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato urinario					
difficoltà a urinare	☐	☐	☐	☐	☐
dolore o bruciore nell'urinare	☐	☐	☐	☐	☐
urina durante il riposo notturno	☐	☐	☐	☐	☐
sangue nell'urina	☐	☐	☐	☐	☐
perdita di urina sotto sforzo					
e quando tossisce	☐	☐	☐	☐	☐
perdita di urina a riposo	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato genitale femminile					
prurito vulva	☐	☐	☐	☐	☐
bruciore vulva	☐	☐	☐	☐	☐
dolore al basso addome	☐	☐	☐	☐	☐
perdita di sangue o marrone tra le mestruazioni	☐	☐	☐	☐	☐
perdite giallognole o verdastre	☐	☐	☐	☐	☐

segue

	6° Lavoro	7° Lavoro	8° Lavoro	9° Lavoro	10° Lavoro
frigidità	☐	☐	☐	☐	☐
diminuzione della voglia del rapporto sessuale	☐	☐	☐	☐	☐
insoddisfazione rispetto al rapporto sessuale	☐	☐	☐	☐	☐
difficoltà fisiche nei rapporti sessuali	☐	☐	☐	☐	☐
Mammelle					
dolori prima delle mestruazioni	☐	☐	☐	☐	☐
dolore sempre	☐	☐	☐	☐	☐
palpandola avverti qualche nodulo:					
— doloroso	☐	☐	☐	☐	☐
— non doloroso	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato genitale maschile					
scolo di pus o perdite chiare	☐	☐	☐	☐	☐
insoddisfazione rispetto al rapporto sessuale	☐	☐	☐	☐	☐
diminuzione della virilità	☐	☐	☐	☐	☐
impotenza	☐	☐	☐	☐	☐
difficoltà fisiche nei rapporti sessuali	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato cutaneo					
prurito	☐	☐	☐	☐	☐
macchie	☐	☐	☐	☐	☐
eczemi	☐	☐	☐	☐	☐
arrossamento	☐	☐	☐	☐	☐
altri disturbi	☐	☐	☐	☐	☐
Disturbi psiconervosi					
mal di testa	☐	☐	☐	☐	☐
nevralgie	☐	☐	☐	☐	☐
tic nervosi	☐	☐	☐	☐	☐
formicolii	☐	☐	☐	☐	☐
alteraz. sensibilità cutanea	☐	☐	☐	☐	☐
vertigini o capogiri	☐	☐	☐	☐	☐
svenimenti	☐	☐	☐	☐	☐
tremori	☐	☐	☐	☐	☐
convulsioni	☐	☐	☐	☐	☐
stanchezza	☐	☐	☐	☐	☐
ansia	☐	☐	☐	☐	☐
depressione o malinconia	☐	☐	☐	☐	☐
irascibilità	☐	☐	☐	☐	☐
insonnia	☐	☐	☐	☐	☐
nervosismo	☐	☐	☐	☐	☐
altri disturbi	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐

segue

NOTE

6° LAVORO:

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

7° LAVORO:

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

8° LAVORO:

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

9° LAVORO:

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

10° LAVORO:

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

PARTE QUARTA - SEZ. SANITARIA DEL « LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO »:
Esami clinici per il passato se la lavoratrice o il lavoratore è in grado di fornirli e
per il futuro quando si sottoporrà a detti esami.

Esami per l'apparato respiratorio

QUESTIONARIO

Data

Il lavoro espone a:

inalazioni di polveri e/o fumi ☐ SI ☐ NO quali

inalazioni di gas e vapori chimici ☐ SI ☐ NO quali

l'ambiente è:

☐ umido ☐ caldo secco ☐ freddo
☐ con sbalzi di temperatura ☐ normale

In passato è stata/o esposta/o alle nocività sopraindicate ☐ SI ☐ NO

quali

dove

Ha avuto una forma respiratoria acuta da gas irritanti ☐ SI ☐ NO

quali

dove quando

ANAMNESI PATOLOGICA INERENTE ALL'APPARATO RESPIRATORIO

Ha già avuto bronchiti? sì ☐ no ☐ più di dieci volte ☐

Ha già avuto polmoniti? sì ☐ no ☐ più di una volta ☐

Ha già avuto pleuriti? sì ☐ no ☐ più di una volta ☐

Ha avuto la tubercolosi polmonare? sì ☐ no ☐

Ha avuto altre malattie polmonari? sì ☐ no ☐

quali

Negli ultimi tre anni ha interrotto il lavoro per più di una settimana sì ☐ no ☐

per malattie broncopolmonari? ☐ ☐

più di una volta all'anno? ☐ ☐

ha avuto ricoveri ospedalieri per malattie broncopolmonari? ☐ ☐

segue

SINTOMI

Tosse:

(tener conto della tosse che insorge con la prima sigaretta o al momento di uscire di casa. Non considerare i cosiddetti raschiamenti di gola, e neppure il colpo di tosse isolato o unico)

Tossisce abitualmente quando si alza durante la cattiva stagione? ☐ SI ☐ NO

Tossisce abitualmente durante la giornata o durante la notte
nella cattiva stagione? ☐ ☐

Tossisce tutti i giorni per tre mesi all'anno o più? ☐ ☐

A che età ha cominciato a tossire?

Espettorazione:

(tener conto dell'espettorazione che segue la prima sigaretta o che si manifesta quando si esce, tener conto anche dell'espettorazione che il paziente riferisce di inghiottire. Non tener conto del catarro nasale o di quello che viene emesso col raschiarsi la gola)

Ha catarro quando si alza la mattina? ☐ SI ☐ NO

Ha catarro durante il giorno o la notte durante la cattiva stagione? ☐ ☐

Ha avuto catarro tutti i giorni per almeno tre mesi
e per tre anni successivi? ☐ ☐

A che età ha cominciato ad avere catarro?

Dispnea (mancanza di respiro)

Le manca il fiato quando sale una breve scala a passo normale? ☐ SI ☐ NO

Le manca il fiato quando cammina con altra gente della sua età
a passo normale? ☐ ☐

Le capita di fermarsi a prendere fiato quando cammina in piano
ad andatura normale? ☐ ☐

Le manca il fiato a riposo? ☐ ☐

Dorme semiseduto? ☐ ☐

A che età ha cominciato ad accusare mancanza di fiato?

Asma:

Ha mai avuto improvvisa mancanza di respiro a riposo? ☐ SI ☐ NO

A che età ha avuto la prima crisi di mancanza di respiro a riposo? ☐ ☐

Persistono ancora oggi le crisi di mancanza di respiro improvvise? ☐ ☐

Ha mai sentito dei sibili (fischi) mentre respirava? ☐ ☐

Le sue crisi di mancanza di respiro hanno un andamento stagionale? .. ☐ ☐

Compaiono soprattutto in primavera ☐ autunno ☐ inverno ☐

Respira bene con il naso? ☐ ☐

Cola mai improvvisamente il suo naso? ☐ ☐

segue

ESAME PNEUMOLOGICO

Fumatore ☐ SI ☐ NO Altezza cm. peso Kg. età anni

	VALORI		
	reale	teorico	variazioni percentuali
Capacità vitale (C.V.) ml.			
Volume residuo (V.R.) ml.			
Capacità polmonare totale (C.P.T.) ml.			
Rapporto V.R./C.P.T.			
Volume espiratorio max. sec. (V.E.M.S.) ml.			
Rapporto V.E.M.S./C.V. (indice di Tiffeneau)			

Diffusione a riposo (metodo)

{	Valore osservato	ml/min
		mm Hg
		ml/min
	(Valore normale)	mm Hg

Diffusione sotto sforzo (metodo)

{	Valore osservato	ml/min
		mm Hg
		ml/min
	(Valore normale)	mm Hg

Consumo O₂ ml/min.

{	Valore a riposo	
	Comportamento durante lo sforzo	

Saturazione in O₂ del sangue (metodo)

{	a riposo%
	dopo sforzo%

Note e/o altri esami:

Nella pagina accanto annotare le osservazioni e le conclusioni →

Il Sanitario Dott.
Ente che ha effettuato l'esame data

OSSERVAZIONI (da compilare a stampatello)

CONCLUSIONI (da compilare a stampatello)

RADIOGRAFIE: ☐ Radiologia del torace ☐ RX digerente ☐ Clisma opaco
☐ Schermog. del torace ☐ Colecistografia ☐

EFFETTUATA IN GRAVIDANZA in che mese
(è bene non effettuare radiografie in gravidanza)

OSSERVAZIONI (da compilare a stampatello)

CONCLUSIONI (da compilare a stampatello)

PINZARE A UNO DEI BORDI LO SCHERMOGRAMMA

Il Sanitario Dott.
Ente che ha effettuato l'esame
Data

PARTE QUARTA - SEZ. SANITARIA DEL « LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO »:
Esami clinici per il passato se la lavoratrice o il lavoratore è in grado di fornirli e
per il futuro quando si sottoporrà a detti esami.

Esami per l'apparato respiratorio

QUESTIONARIO

Data

Il lavoro espone a:
inalazioni di polveri e/o fumi ☐ SI ☐ NO quali
inalazioni di gas e vapori chimici ☐ SI ☐ NO quali

l'ambiente è:
☐ umido ☐ caldo secco ☐ freddo
☐ con sbalzi di temperatura ☐ normale

quali
dove

Ha avuto una forma respiratoria acuta da gas irritanti ☐ SI ☐ NO
quali
dove quando

ANAMNESI PATOLOGICA INERENTE ALL'APPARATO RESPIRATORIO

Ha già avuto bronchiti? sì ☐ no ☐ più di dieci volte ☐
Ha già avuto polmoniti? sì ☐ no ☐ più di una volta ☐
Ha già avuto pleuriti? sì ☐ no ☐ più di una volta ☐
Ha avuto la tubercolosi polmonare? sì ☐ no ☐
Ha avuto altre malattie polmonari? sì ☐ no ☐
quali

Negli ultimi tre anni ha interrotto il lavoro per più di una settimana sì no
per malattie broncopolmonari? ☐ ☐
più di una volta all'anno? ☐ ☐
ha avuto ricoveri ospedalieri per malattie broncopolmonari? ☐ ☐
segue

SINTOMI

Tosse:
(tener conto della tosse che insorge con la prima sigaretta o al momento di uscire di casa. Non considerare i cosiddetti raschiamenti di gola, e neppure il colpo di tosse isolato o unico)

Tossisce abitualmente quando si alza durante la cattiva stagione? ☐ SI ☐ NO
Tossisce abitualmente durante la giornata o durante la notte
nella cattiva stagione? ☐ ☐
Tossisce tutti i giorni per tre mesi all'anno o più? ☐ ☐
A che età ha cominciato a tossire?

Espettorazione:
(tener conto dell'espettorazione che segue la prima sigaretta o che si manifesta quando si esce, tener conto anche dell'espettorazione che il paziente riferisce di inghiottire. Non tener conto del catarro nasale o di quello che viene emesso col raschiarsi la gola)

Ha catarro quando si alza la mattina? ☐ SI ☐ NO
Ha catarro durante il giorno o la notte durante la cattiva stagione? ☐ ☐
Ha avuto catarro tutti i giorni per almeno tre mesi
e per tre anni successivi? ☐ ☐
A che età ha cominciato ad avere catarro?

Dispnea (mancanza di respiro)
Le manca il fiato quando sale una breve scala a passo normale? ☐ SI ☐ NO
Le manca il fiato quando cammina con altra gente della sua età
a passo normale? ☐ ☐
Le capita di fermarsi a prendere fiato quando cammina in piano
ad andatura normale? ☐ ☐
Le manca il fiato a riposo? ☐ ☐
Dorme semiseduto? ☐ ☐
A che età ha cominciato ad accusare mancanza di fiato?

Asma:
Ha mai avuto improvvisa mancanza di respiro a riposo? ☐ SI ☐ NO
A che età ha avuto la prima crisi di mancanza di respiro a riposo?
Persistono ancora oggi le crisi di mancanza di respiro improvvise? ☐ ☐
Ha mai sentito dei sibili (fischi) mentre respirava? ☐ ☐
Le sue crisi di mancanza di respiro hanno un andamento stagionale? .. ☐ ☐
Compaiono soprattutto in primavera ☐ autunno ☐ inverno ☐
Respira bene con il naso? ☐ ☐
Cola mai improvvisamente il suo naso? ☐ ☐
segue

ESAME PNEUMOLOGICO

Fumatore ☐ SI ☐ NO Altezza cm. peso Kg. età anni

	VALORI		
	reale	teorico	variazioni percentuali
Capacità vitale (C.V.) ml.			
Volume residuo (V.R.) ml.			
Capacità polmonare totale (C.P.T.) ml.			
Rapporto V.R./C.P.T.			
Volume espiratorio max. sec. (V.E.M.S.) ml.			
Rapporto V.E.M.S./C.V. (indice di Tiffeneau)			

Diffusione a riposo (metodo)

{	Valore osservato	ml/min
	(Valore normale)	mm Hg ml/min

Diffusione sotto sforzo (metodo)

{	Valore osservato	ml/min
	(Valore normale)	mm Hg ml/min

Consumo O₂ ml/min.

{	Valore a riposo	
	Comportamento durante lo sforzo	

Saturazione in O₂ del sangue (metodo)

{	a riposo%	
	dopo sforzo%	

Note e/o altri esami:

Nella pagina accanto annotare le osservazioni e le conclusioni →

Il Sanitario Dott.

Ente che ha effettuato l'esame data

segue

OSSERVAZIONI (da compilare a stampatello)

CONCLUSIONI (da compilare a stampatello)

RADIOGRAFIE: ☐ Radiologia del torace ☐ RX digerente ☐ Clisma opaco
☐ Schermog. del torace ☐ Colecistografia ☐

EFFETTUATA IN GRAVIDANZA in che mese
(è bene non effettuare radiografie in gravidanza)

OSSERVAZIONI (da compilare a stampatello)

CONCLUSIONI (da compilare a stampatello)

PINZARE A UNO DEI BORDI LO SCHERMOGRAMMA

Il Sanitario Dott.

Ente che ha effettuato l'esame

Data

PARTE QUARTA - SEZ. SANITARIA DEL « LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO »:
Esami clinici per il passato se la lavoratrice o il lavoratore è in grado di fornirli e
per il futuro quando si sottoporrà a detti esami.

Esami per l'apparato respiratorio

QUESTIONARIO

Data

Il lavoro espone a:
inalazioni di polveri e/o fumi ☐ SI ☐ NO quali
inalazioni di gas e vapori chimici ☐ SI ☐ NO quali

l'ambiente è:
☐ umido ☐ caldo secco ☐ freddo
☐ con sbalzi di temperatura ☐ normale

In passato è stata/o esposta/o alle nocività sopraindicate ☐ SI ☐ NO
quali
dove

Ha avuto una forma respiratoria acuta da gas irritanti ☐ SI ☐ NO
quali
dove quando

ANAMNESI PATOLOGICA INERENTE ALL'APPARATO RESPIRATORIO

Ha già avuto bronchiti? sì ☐ no ☐ più di dieci volte ☐
Ha già avuto polmoniti? sì ☐ no ☐ più di una volta ☐
Ha già avuto pleuriti? sì ☐ no ☐ più di una volta ☐
Ha avuto la tubercolosi polmonare? sì ☐ no ☐
Ha avuto altre malattie polmonari? sì ☐ no ☐

quali

Negli ultimi tre anni ha interrotto il lavoro per più di una settimana si no
per malattie broncopolmonari?..... ☐ ☐
più di una volta all'anno? ☐ ☐
ha avuto ricoveri ospedalieri per malattie broncopolmonari? ☐ ☐

segue

SINTOMI

Tosse:

(tener conto della tosse che insorge con la prima sigaretta o al momento di uscire di casa. Non considerare i cosiddetti raschiamenti di gola, e neppure il colpo di tosse isolato o unico)

Tossisce abitualmente quando si alza durante la cattiva stagione? ☐ SI ☐ NO
Tossisce abitualmente durante la giornata o durante la notte
nella cattiva stagione? ☐ ☐
Tossisce tutti i giorni per tre mesi all'anno o più? ☐ ☐
A che età ha cominciato a tossire?

Espettorazione:

(tener conto dell'espettorazione che segue la prima sigaretta o che si manifesta quando si esce, tener conto anche dell'espettorazione che il paziente riferisce di inghiottire. Non tener conto del catarro nasale o di quello che viene emesso col raschiarsi la gola)

Ha catarro quando si alza la mattina? ☐ SI ☐ NO
Ha catarro durante il giorno o la notte durante la cattiva stagione? ☐ ☐
Ha avuto catarro tutti i giorni per almeno tre mesi
e per tre anni successivi? ☐ ☐
A che età ha cominciato ad avere catarro?

Dispnea (mancanza di respiro)

Le manca il fiato quando sale una breve scala a passo normale? ☐ SI ☐ NO
Le manca il fiato quando cammina con altra gente della sua età
a passo normale? ☐ ☐
Le capita di fermarsi a prendere fiato quando cammina in piano
ad andatura normale? ☐ ☐
Le manca il fiato a riposo? ☐ ☐
Dorme semiseduto? ☐ ☐
A che età ha cominciato ad accusare mancanza di fiato?

Asma:

Ha mai avuto improvvisa mancanza di respiro a riposo? ☐ SI ☐ NO
A che età ha avuto la prima crisi di mancanza di respiro a riposo?
Persistono ancora oggi le crisi di mancanza di respiro improvvise? ☐ ☐
Ha mai sentito dei sibili (fischi) mentre respirava? ☐ ☐
Le sue crisi di mancanza di respiro hanno un andamento stagionale? .. ☐ ☐
Compaiono soprattutto in primavera ☐ autunno ☐ inverno ☐
Respira bene con il naso? ☐ ☐
Cola mai improvvisamente il suo naso? ☐ ☐

segue

ESAME PNEUMOLOGICO

Fumatore ☐ SI ☐ NO Altezza cm. peso Kg. età anni

	VALORI		
	reale	teorico	variazioni percentuali
Capacità vitale (C.V.) ml.			
Volume residuo (V.R.) ml.			
Capacità polmonare totale (C.P.T.) ml.			
Rapporto V.R./C.P.T.			
Volume espiratorio max. sec. (V.E.M.S.) . ml.			
Rapporto V.E.M.S./C.V. (indice di Tiffeneau) . .			

Diffusione a riposo (metodo)

Valore osservato ml/min

mm Hg

ml/min

(Valore normale mm Hg)

Diffusione sotto sforzo (metodo)

Valore osservato ml/min

mm Hg

ml/min

(Valore normale mm Hg)

Consumo O₂ ml/min.

Valore a riposo

Comportamento durante lo sforzo

Saturazione in O₂ del sangue (metodo)

a riposo%

dopo sforzo%

Note e/o altri esami:

Nella pagina accanto annotare le osservazioni e le conclusioni →

Il Sanitario Dott.
Ente che ha effettuato l'esame data

segue

OSSERVAZIONI (da compilare a stampatello)

CONCLUSIONI (da compilare a stampatello)

RADIOGRAFIE: ☐ Radiologia del torace ☐ RX digerente ☐ Clisma opaco
☐ Schermog. del torace ☐ Colecistografia ☐

EFFETTUATA IN GRAVIDANZA in che mese
(è bene non effettuare radiografie in gravidanza)

OSSERVAZIONI (da compilare a stampatello)

CONCLUSIONI (da compilare a stampatello)

PINZARE A UNO DEI BORDI LO SCHERMOGRAMMA

Il Sanitario Dott.
Ente che ha effettuato l'esame
Data

ESAMI PER L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO

QUESTIONARIO

Data

1) LAVORO

Il lavoro la espone a:
polveri e/o fumi

☐ SI ☐ NO quali

vapori chimici

☐ SI ☐ NO quali

calore

☐ SI ☐ NO

rumore

☐ SI ☐ NO

ritmi e carichi

☐ SI ☐ NO

a stress

☐ SI ☐ NO

2) STORIA CLINICA

Reumatismo articolare acuto

☐ Malattie di cuore ☐

Tonsilliti

☐ Malattie delle coronarie ☐

Tonsillectomia

☐ Diabete ☐

Colesterolo e quadro lipidico

☐ Pressione alta ☐

3) DISTURBI

Mancanza di respiro per sforzi:

☐ lievi
☐ marcati

Mancanza di respiro durante la notte:

☐

Dolore al cuore:

☐ come una stretta

☐ come un peso

☐ come una puntura

☐ dietro lo sterno

☐ alla mammella

altra sede

Il dolore si sposta da altre parti ☐ SI ☐ NO dove

Intensità del dolore: grave ☐ lieve ☐

Durata del dolore: ☐ breve (sec.) ☐ media (min.)

☐ lunga (30 min. o più)

Causa di comparsa del dolore

Il dolore si accompagna ad ansia ☐ sudorazione ☐

Note aggiuntive

segue

ESAME ELETTROCARDIOGRAFICO A RIPOSO E SOTTO SFORZO

Frequenza cardiaca (a riposo)

Pressione arteriosa min. max.

PINZARE QUI I TRACCIATI ELETTROCARDIOGRAFICI

OSSERVAZIONI (da compilare a stampatello)

OMBRA CARDIOVASCOLARE ALL'ESAME RADIOGRAFICO O SCHERMOGRAFICO

DATA

CONCLUSIONI (da compilare a stampatello)

Il Sanitario Dott.

Ente che ha effettuato l'esame

Data

ESAMI PER L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO

QUESTIONARIO

Data

1) LAVORO

Il lavoro la espone a:
polveri e/o fumi

☐ SI ☐ NO quali

vapori chimici

☐ SI ☐ NO quali

calore

☐ SI ☐ NO

rumore

☐ SI ☐ NO

ritmi e carichi

☐ SI ☐ NO

a stress

☐ SI ☐ NO

2) STORIA CLINICA

Reumatismo articolare acuto

☐

Malattie di cuore

☐

Tonsilliti

☐

Malattie delle coronarie

☐

Tonsillectomia

☐

Diabete

☐

Colesterolo e quadro lipidico

☐

Pressione alta

☐

3) DISTURBI

Mancanza di respiro per sforzi:

☐ lievi

☐ marcati

Mancanza di respiro durante la notte:

☐

Dolore al cuore:

☐ come una stretta

☐ come un peso

☐ come una puntura

☐ dietro lo sterno

☐ alla mammella

altra sede

Il dolore si sposta da altre parti ☐ SI ☐ NO dove

Intensità del dolore: grave ☐ lieve ☐

Durata del dolore: ☐ breve (sec.) ☐ media (min.) ☐ lunga (30 min. o più)

Causa di comparsa del dolore

Il dolore si accompagna ad ansia ☐ sudorazione ☐

Note aggiuntive

segue

ESAME ELETTROCARDIOGRAFICO A RIPOSO E SOTTO SFORZO

Frequenza cardiaca (a riposo)

Pressione arteriosa min. max.

PINZARE QUI I TRACCIATI ELETTROCARDIOGRAFICI

OSSERVAZIONI (da compilare a stampatello)

OMBRA CARDIOVASCOLARE ALL'ESAME RADIOGRAFICO O SCHERMOGRAFICO

DATA

CONCLUSIONI (da compilare a stampatello)

Il Sanitario Dott.

Ente che ha effettuato l'esame

Data

ESAMI PER L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO

QUESTIONARIO

Data

1) LAVORO

Il lavoro la espone a:
polveri e/o fumi

☐ SI ☐ NO

quali

vapori chimici

☐ SI ☐ NO

quali

calore

☐ SI ☐ NO

rumore

☐ SI ☐ NO

ritmi e carichi

☐ SI ☐ NO

a stress

☐ SI ☐ NO

2) STORIA CLINICA

Reumatismo articolare acuto

☐

Malattie di cuore

☐

Tonsilliti

☐

Malattie delle coronarie

☐

Tonsillectomia

☐

Diabete

☐

Colesterolo e quadro lipidico

☐

Pressione alta

☐

3) DISTURBI

Mancanza di respiro per sforzi:

☐ lievi

☐ marcati

Mancanza di respiro durante la notte:

☐

Dolore al cuore:

☐ come una stretta

☐ come un peso

☐ come una puntura

☐ dietro lo sterno

☐ alla mammella

altra sede

Il dolore si sposta da altre parti ☐ SI ☐ NO dove

Intensità del dolore: grave ☐ lieve ☐

Durata del dolore: ☐ breve (sec.) ☐ media (min.) ☐ lunga (30 min. o più)

Causa di comparsa del dolore

Il dolore si accompagna ad ansia ☐ sudorazione ☐

Note aggiuntive

segue

ESAME ELETTROCARDIOGRAFICO A RIPOSO E SOTTO SFORZO

Frequenza cardiaca (a riposo)

Pressione arteriosa min. max.

PINZARE QUI I TRACCIATI ELETTROCARDIOGRAFICI

OSSERVAZIONI (da compilare a stampatello)

OMBRA CARDIOVASCOLARE ALL'ESAME RADIOGRAFICO O SCHERMOGRAFICO

..... DATA

CONCLUSIONI (da compilare a stampatello)

Il Sanitario Dott.

Ente che ha effettuato l'esame

Data

ESAME OTORINOLARINGOIATRICO

QUESTIONARIO

Data

1) LAVORO

Il lavoro la espone a:
polveri e/o fumi

☐ SI ☐ NO quali

vapori chimici
a rumore
di che tipo

☐ SI ☐ NO quali

☐ SI ☐ NO per ore al giorno

Ha lavorato in precedenza in ambienti rumorosi ☐ SI ☐ NO
di che tipo

..... per quanti anni

2) STORIA CLINICA

Ha mai sofferto in passato di otiti: ☐ SI ☐ NO

Accusa disturbi dell'udito:

Dolori ☐

Ronzii, fischi ☐

Senso di chiuso ☐

Indipendentemente dal lavoro ☐ sul lavoro ☐ fuori dal lavoro ☐

Tappi di cerume: ☐ SI ☐ NO

Ci sente:

Normalmente ☐

Un po' meno del normale ☐

Meno del normale ☐

Poco ☐

Per niente ☐

Frequenti mal di gola ☐

Frequenti tonsilliti ☐

Abbassamento della voce ☐ da quanto tempo

in passato {
assente ☐
presente a volte ☐
presente spesso ☐

Ghiandole al collo ☐ da quanto tempo

Sangue nel catarro ☐ da quanto tempo

segue

ESAME OBBIETTIVO OTORINOLARINGOIATRICO

ESAME OTOSCOPICO:

Au. ds.

Au. sin.

ESAME RINOSCOPICO:

Ant.

Post.

ESAME FARINGOSCOPICO:

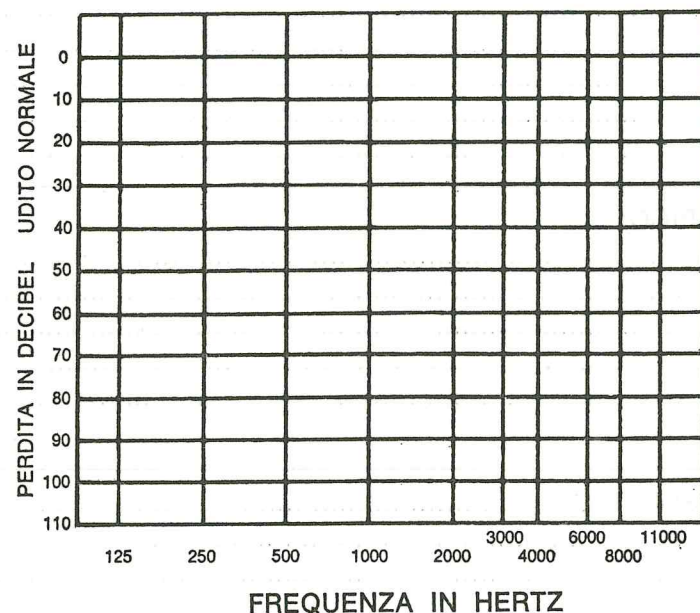
ESAME LARINGOSCOPICO:

COLLO:

segue

ESAME AUDIOMETRICO

TRASCRIVERE L'AUDIOGRAMMA IN MODO CHIARO



OSSERVAZIONI:

.....

.....

.....

CONCLUSIONI:

.....

.....

.....

.....

.....

Il Sanitario Dott.

Ente che ha effettuato l'esame

Data

segue

OSSERVAZIONI (da compilare a stampatello)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONCLUSIONI (da compilare a stampatello)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ESAME OTORINOLARINGOIATRICO

QUESTIONARIO

Data

1) LAVORO

Il lavoro la espone a:
polveri e/o fumi

☐ SI ☐ NO quali

vapori chimici

☐ SI ☐ NO quali

a rumore

☐ SI ☐ NO per ore al giorno

di che tipo

Ha lavorato in precedenza in ambienti rumorosi ☐ SI ☐ NO

di che tipo

..... per quanti anni

2) STORIA CLINICA

Ha mai sofferto in passato di otiti: ☐ SI ☐ NO

Accusa disturbi dell'udito:

Dolori

☐

Ronzii, fischi

☐

Senso di chiuso

☐

Indipendentemente dal lavoro ☐ sul lavoro ☐ fuori dal lavoro ☐

Tappi di cerume: ☐ SI ☐ NO

Ci sente:

Normalmente

☐

Un po' meno del normale

☐

Meno del normale

☐

Poco

☐

Per niente

☐

Frequenti mal di gola

☐

Frequenti tonsilliti

☐

Abbassamento della voce

☐ da quanto tempo

in passato

assente ☐

presente a volte ☐

presente spesso ☐

Ghiandole al collo

☐ da quanto tempo

Sangue nel catarro

☐ da quanto tempo

segue

ESAME OBIETTIVO OTORINOLARINGOIATRICO

ESAME OTOSCOPICO:

Au. ds.

Au. sin.

ESAME RINOSCOPICO:

Ant.

Post.

ESAME FARINGOSCOPICO:

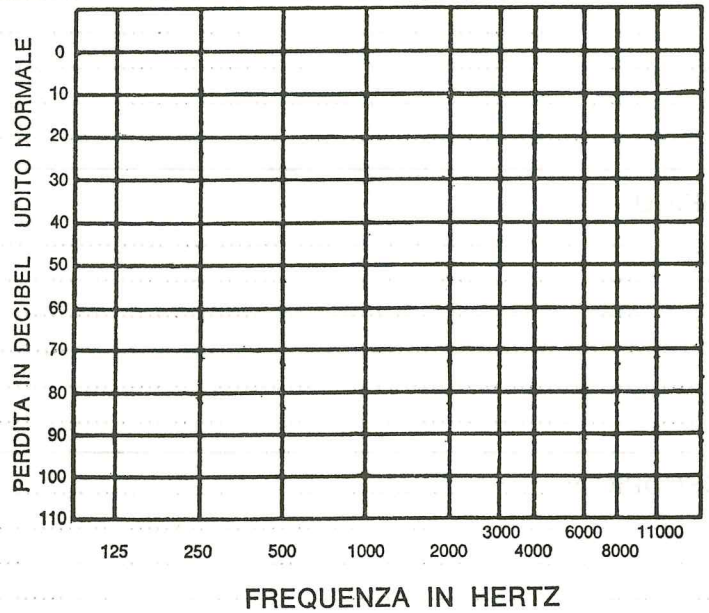
ESAME LARINGOSCOPICO:

COLLO:

segue

ESAME AUDIOMETRICO

TRASCRIVERE L'AUDIOGRAMMA IN MODO CHIARO



OSSERVAZIONI:

CONCLUSIONI:

Il Sanitario Dott.

Ente che ha effettuato l'esame

Data

segue

OSSERVAZIONI (da compilare a stampatello)

CONCLUSIONI (da compilare a stampatello)

ESAME OTORINOLARINGOIATRICO

QUESTIONARIO

Data

1) LAVORO

Il lavoro la espone a:
polveri e/o fumi

☐ SI ☐ NO quali

vapori chimici

☐ SI ☐ NO quali

a rumore

☐ SI ☐ NO per ore al giorno

di che tipo

Ha lavorato in precedenza in ambienti rumorosi ☐ SI ☐ NO

di che tipo

..... per quanti anni

2) STORIA CLINICA

Ha mai sofferto in passato di otiti: ☐ SI ☐ NO

Accusa disturbi dell'udito:

Dolori

☐

Ronzii, fischi

☐

Senso di chiuso

☐

Indipendentemente dal lavoro ☐ sul lavoro ☐ fuori dal lavoro ☐

Tappi di cerume: ☐ SI ☐ NO

Ci sente:

Normalmente

☐

Un po' meno del normale

☐

Meno del normale

☐

Poco

☐

Per niente

☐

Frequenti mal di gola

☐

Frequenti tonsilliti

☐

Abbassamento della voce

☐

da quanto tempo

in passato

assente ☐

presente a volte ☐

presente spesso ☐

Ghiandole al collo

☐

da quanto tempo

Sangue nel catarro

☐

da quanto tempo

segue

ESAME OBBIETTIVO OTORINOLARINGOIATRICO

ESAME OTOSCOPICO:

Au. ds.

Au. sin.

ESAME RINOSCOPICO:

Ant.

Post.

ESAME FARINGOSCOPICO:

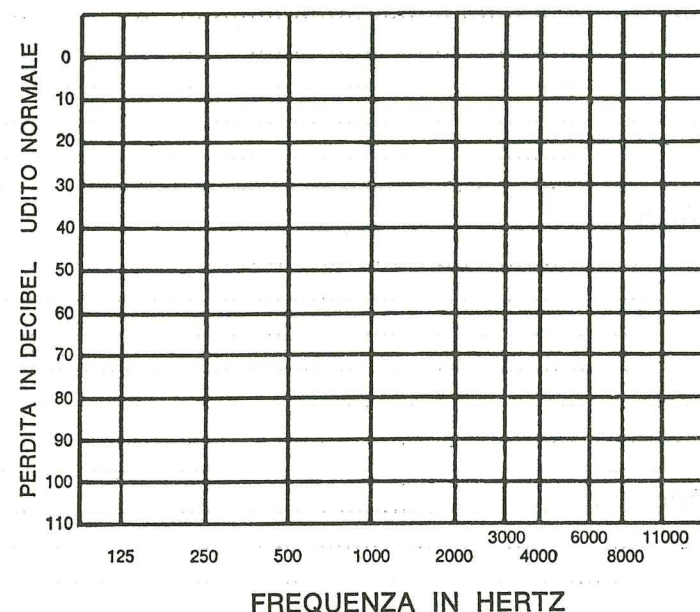
ESAME LARINGOSCOPICO:

COLLO:

segue

ESAME AUDIOMETRICO

TRASCRIVERE L'AUDIOGRAMMA IN MODO CHIARO



OSSERVAZIONI:

CONCLUSIONI:

Il Sanitario Dott.

Ente che ha effettuato l'esame

Data

segue

OSSERVAZIONI (da compilare a stampatello)

CONCLUSIONI (da compilare a stampatello)

ESAMI DEL SANGUE - I PARTE

Data								
Emocromocitometrico								
HB								
GL Rossi								
GL Bianchi								
Val. Glob.								
Piastrine								
Formula								
Neutrofili								
Eosinofili								
Basofili								
Linfociti								
Monociti								
Forme immature								
Reticolociti								
Ematocrito								
Veloc. di sedimentazione								
PROVE DI FUNZIONALITÀ								
EPATICA								
Bilirubina								
Transaminasi G.O. - G.P.								
YGT								
GLDH								
Fosfatasi acida								
Fosfatasi alcalina								
Tempo di protrombina								
PROTEINE								
Albumine								
Globuline								
Fibrinogeno								

segue

Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	
	
data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	
	
Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	
	
Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	
	
Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	
	
Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	
	
Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	
	

(1) Scrivere anche l'Ente che ha effettuato l'esame e il nome del medico.

ESAMI DEL SANGUE - I PARTE

Data							
Emocromocitometrico							
HB							
GL Rossi							
GL Bianchi							
Val. Glob.							
Piastrine							
Formula							
Neutrofili							
Eosinofili							
Basofili							
Linfociti							
Monociti							
Forme immature							
Reticolociti							
Ematocrito							
Veloc. di sedimentazione							
PROVE DI FUNZIONALITÀ EPATICA							
Bilirubina							
Transaminasi G.O. - G.P.							
γGT							
GLDH							
Fosfatasi acida							
Fosfatasi alcalina							
Tempo di protrombina							
PROTEINE							
Albumine							
Globuline							
Fibrinogeno							

segue

[illegible]

(1) Scrivere anche l'Ente che ha effettuato l'esame e il nome del medico.

ESAMI DEL SANGUE - II PARTE

[illegible]

segue

[illegible]

ESAMI DEL SANGUE - II PARTE

[illegible]

seque

[illegible]

ESAME DELLE URINE - GENERALI

Data				
Peso specifico				
Colore				
Aspetto				
Reazione				
Proteine				
Albumina				
Zuccheri				
Sangue				
Acetone				
Urobilinogeno				
Sedimento				
.....				
Clearance CREATININA				
Clearance UREA				
Prova di diluizione				
Prova di concentrazione				
.....				
.....				

Data				
Peso specifico				
Colore				
Aspetto				
Reazione				
Proteine				
Albumina				
Zuccheri				
Sangue				
Acetone				
Urobilinogeno				
Sedimento				
.....				
Clearance CREATININA				
Clearance UREA				
Prova di diluizione				
Prova di concentrazione				
.....				
.....				

segue

Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	

data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	

Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	

Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	

Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	

Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	

Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	

(1) Scrivere anche l'Ente che ha effettuato l'esame e il nome del medico.

ESAME DELLE URINE - GENERALI

Data				
Peso specifico				
Colore				
Aspetto				
Reazione				
Proteine				
Albumina				
Zuccheri				
Sangue				
Acetone				
Urobilinogeno				
Sedimento				
.....				
Clearance CREATININA				
Clearance UREA				
Prova di diluizione				
Prova di concentrazione				
.....				
.....				

Data				
Peso specifico				
Colore				
Aspetto				
Reazione				
Proteine				
Albumina				
Zuccheri				
Sangue				
Acetone				
Urobilinogeno				
Sedimento				
.....				
Clearance CREATININA				
Clearance UREA				
Prova di diluizione				
Prova di concentrazione				
.....				
.....				

segue

Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	

data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	

Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	

Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	

Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	

Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	

Data	OSSERVAZIONI ⁽¹⁾
	
	
	

(1) Scrivere anche l'Ente che ha effettuato l'esame e il nome del medico.

ESAMI DELLE URINE - MIRATI RISPETTO AI RISCHI (1)

[illegible]

NOTE: (1) descrizione del metodo analitico utilizzato:

segue

[illegible]

ESAMI DELLE URINE - MIRATI RISPETTO AI RISCHI (1)

[illegible]

NOTE: (1) descrizione del metodo analitico utilizzato:

segue

[illegible]

ALTRI ESAMI CLINICI EFFETTUATI DALLA LAVORATRICE O DAL LAVORATORE

Sanitario Dott. ENTE Data
Tipo d'esame
DATI

ESITO ED EVENTUALI TERAPIE

Sanitario Dott. ENTE Data
Tipo d'esame
DATI

ESITO ED EVENTUALI TERAPIE

Sanitario Dott. ENTE Data
Tipo d'esame
DATI

ESITO ED EVENTUALI TERAPIE

ALTRI ESAMI CLINICI EFFETTUATI DALLA LAVORATRICE O DAL LAVORATORE

Sanitario Dott. ENTE Data
Tipo d'esame
DATI

ESITO ED EVENTUALI TERAPIE

Sanitario Dott. ENTE Data
Tipo d'esame
DATI

ESITO ED EVENTUALI TERAPIE

Sanitario Dott. ENTE Data
Tipo d'esame
DATI

ESITO ED EVENTUALI TERAPIE

PARTE QUINTA - SEZ. SANITARIA DEL «LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO» Esame obbiettivo - Diagnosi - TERAPIA (da compilare a stampatello)

Peso Kg. altezza cm.
perimetro toracico insp. cm.
 esp. cm.

DENTATURA															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

indicare:
avulsione = X
carie non curata = •
carie curata = ○

naso
faringe
laringe
corde vocali
cute
mucose
sottocute
infoghiandole superficiali
muscolatura
scheletro
capo
collo
torace
mammelle
cuore
addome
fegato
milza
ernie
genitali
riflessività
arti
poli periferici
pressione arteriosa min. max.
frequenza cardiaca

segue

ESTENSIONE DELL'OBBIETTIVITÀ E/O ALTRI RILIEVI:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DIAGNOSI:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TERAPIA:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOTE:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il Sanitario, Dott.:
Ente che ha effettuato l'esame
Data

PARTE QUINTA - SEZ. SANITARIA DEL «LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO» Esame obiettivo - Diagnosi - TERAPIA (da compilare a stampatello)

Peso Kg. altezza cm.
perimetro toracico insp. cm.
 esp. cm.

DENTATURA															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

indicare:
avulsione = X
carie non curata = •
carie curata = ○

naso
faringe
laringe
corde vocali
cute
mucose
sottocute
linfoghiandole superficiali
muscolatura
scheletro
capo
collo
torace
mammelle
cuore
addome
fegato
milza
ernie
genitali
riflessività
arti
polci periferici
pressione arteriosa min. max.
frequenza cardiaca

segue

ESTENSIONE DELL'OBBIETTIVITÀ E/O ALTRI RILIEVI:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DIAGNOSI:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TERAPIA:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOTE:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il Sanitario, Dott.:
Ente che ha effettuato l'esame
Data

PARTE QUINTA - SEZ. SANITARIA DEL «LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO» Esame obiettivo - Diagnosi - TERAPIA (da compilare a stampatello)

Peso Kg. altezza cm.
perimetro toracico insp. cm.
..... esp. cm.

DENTATURA															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

indicare:
avulsione = X
carie non curata = ●
carie curata = ○

naso
faringe
laringe
corde vocali
cute
mucose
sottocute
linfoghiandole superficiali
muscolatura
scheletro
capo
collo
torace
mammelle
cuore
addome
fegato
milza
ernie
genitali
riflessività
arti
polci periferici
pressione arteriosa min. max.
frequenza cardiaca

segue

ESTENSIONE DELL'OBBIETTIVITÀ E/O ALTRI RILIEVI:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DIAGNOSI:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TERAPIA:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOTE:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il Sanitario, Dott.:
Ente che ha effettuato l'esame
Data

PARTE QUINTA - SEZ. SANITARIA DEL «LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO» Esame obiettivo - Diagnosi - TERAPIA (da compilare a stampatello)

Peso Kg. altezza cm.
perimetro toracico insp. cm.
 esp. cm.

DENTATURA															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

indicare:
avulsione = X
carie non curata = •
carie curata = O

naso
faringe
laringe
corde vocali
cute
mucose
sottocute
linfoghiandole superficiali
muscolatura
scheletro
capo
collo
torace
mammelle
cuore
addome
fegato
milza
ernie
genitali
riflessività
arti
polso periferici
pressione arteriosa min. max.
frequenza cardiaca

segue

ESTENSIONE DELL'OBBIETTIVITÀ E/O ALTRI RILIEVI:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DIAGNOSI:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TERAPIA:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOTE:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il Sanitario, Dott.:
Ente che ha effettuato l'esame
Data

PARTE QUINTA - SEZ. SANITARIA DEL «LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO» Esame obiettivo - Diagnosi - TERAPIA (da compilare a stampatello)

Peso Kg. altezza cm.
perimetro toracico insp. cm.
 esp. cm.

DENTATURA															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

indicare:
avulsione = X
carie non curata = •
carie curata = ○

naso
faringe
laringe
corde vocali
cute
mucose
sottocute
linfoghiandole superficiali
muscolatura
scheletro
capo
collo
torace
mammelle
cuore
addome
fegato
milza
ernie
genitali
riflessività
arti
polso periferici
pressione arteriosa min. max.
frequenza cardiaca

segue

ESTENSIONE DELL'OBBIETTIVITÀ E/O ALTRI RILIEVI:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DIAGNOSI:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TERAPIA:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOTE:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il Sanitario, Dott.:
Ente che ha effettuato l'esame
Data

PROBLEMI SPECIFICI CONCERNENTI LA SALUTE DELLA DONNA

PARTE SESTA - SEZIONE SANITARIA DEL «LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO» -

Storia ginecologica, gravidanze, esame ginecologico, e fac-simile di scheda da utilizzare in gravidanza

STORIA GINECOLOGICA

Caratteristiche ciclo mestruale

A quanti anni ha avuto la prima mestruazione?

I cicli mestruali sono:

Regolari sempre	☐	spesso	☐	qualche volta	☐
Irregolari sempre	☐	spesso	☐	qualche volta	☐
Ritardano sempre	☐	spesso	☐	qualche volta	☐
Anticipano più di 7 giorni sempre	☐	spesso	☐	qualche volta	☐

Sono dolorosi? mai ☐ poco ☐ molto ☐
solo all'inizio ☐ per tutto il flusso ☐
è necessario un calmante ☐ deve restare a riposo ☐

Come è il flusso? ☐ scarso ☐ normale
☐ abbondante ☐ molto abbondante

Dolore e senso di tensione ai seni durante il ciclo mestruale
spesso ☐ qualche volta ☐

Al di fuori del ciclo si verificano perdite? ☐ SI ☐ NO
perdite bianche ☐ rosate ☐ di sangue ☐ giallastre ☐

Età scomparsa mestruazioni

Disturbi della menopausa: ☐ depressione
☐ vampate di calore
☐ aumento della pressione
☐ perdite di sangue

GRAVIDANZE PASSATE

Gravidanze avute n.
(per numero di gravidanze si intende la somma tra aborti, figli nati vivi, figli nati morti, anche se malformati).

Gli aborti li hai ☐ voluti
☐ non voluti

MALATTIE IN GRAVIDANZA (1)

N. figli	1	2	3	4	5
Data dell'ultima mestruazione prima della gravidanza					
Data termine gravidanza					
Rosolia	☐	☐	☐	☐	☐
Influenza	☐	☐	☐	☐	☐
Gambe e mani gonfie	☐	☐	☐	☐	☐
Pressione alta	☐	☐	☐	☐	☐
Minaccia d'aborto	☐	☐	☐	☐	☐
Anemia	☐	☐	☐	☐	☐
Diabete	☐	☐	☐	☐	☐
Altre	☐	☐	☐	☐	☐

NOTE: (1) mettere di fianco alla casella il mese in cui ha avuto la malattia.

ESITO PARTO

Luogo:					
Aborto	☐	☐	☐	☐	☐
Parto normale	☐	☐	☐	☐	☐
Parto podalico	☐	☐	☐	☐	☐
Parto con lacerazioni	☐	☐	☐	☐	☐
che ti hanno dato dolore o molto fastidio	☐	☐	☐	☐	☐
Taglio cesareo	☐	☐	☐	☐	☐
Applicazione forcipe	☐	☐	☐	☐	☐
Applicazione ventosa	☐	☐	☐	☐	☐

NOTE:

Figlio

Nato vivo e vivo ora, peso alla nascita gr.	☐	☐	☐	☐	☐
Nato vivo e poi morto	☐	☐	☐	☐	☐
Nato morto	☐	☐	☐	☐	☐
Nato malformato e vivo ora	☐	☐	☐	☐	☐
Nato malformato e poi morto	☐	☐	☐	☐	☐
Nato immaturo, di quante settimane	☐	☐	☐	☐	☐

NOTE:

ALLATTAMENTO (1)	1	2	3	4	5
N. figli					
hai allattato al seno					
sino al	 mese	 mese	 mese	 mese	 mese
hai smesso perché:					
dovevi tornare subito al lavoro	☐	☐	☐	☐	☐
i medici te lo hanno sconsigliato	☐	☐	☐	☐	☐
pensavi che ti legasse troppo	☐	☐	☐	☐	☐
è stata una tua scelta	☐	☐	☐	☐	☐
altri	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo di latte art. e casa produtt.					

NOTE: (1) descrivere l'alimentazione:

ESAMI EFFETTUATI IN GRAVIDANZA

N. figli	1	2	3	4	5
Radiologia del torace	☐	☐	☐	☐	☐
Schermografia del torace	☐	☐	☐	☐	☐
RX digerente	☐	☐	☐	☐	☐
Colecistografia	☐	☐	☐	☐	☐
Clisma opaco	☐	☐	☐	☐	☐
Esame pneumologico	☐	☐	☐	☐	☐
Esame otorinolaringoiatrico	☐	☐	☐	☐	☐
Esame elettrocardiografico	☐	☐	☐	☐	☐
Altri:	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐

USO DI FARMACI IN GRAVIDANZA (Tipo e durata)

N. figli	1	2	3	4	5
1° mese					
2° mese					
3° mese					
4° mese					
5° mese					
6° mese					
7° mese					
8° mese					
9° mese					

Allattamento

NOTE:

.....

.....

ESAME GINECOLOGICO FUORI GRAVIDANZA

data

Genitali	
Esterni	
Vagina	
Collo utero (Portio)	
Corpo Utero	
Annessi	
Mammelle	
Pap Test	
Data	
Colposcopia	
Data	
Isterosalpingografia	
Data	
Strisci funzionali	
Data	
Analisi ormonali	Progesterone (urine o sangue)
	Data
	Estrogeni
	Data
Analisi ormonali	F.S.H.
	Data
	L.H.
Analisi ormonali	Data
	Prolattina
Analisi ormonali	Data

OSSERVAZIONI:

CONCLUSIONI:

TERAPIA:

Il Sanitario Dott.

Ente che ha effettuato l'esame

Data

ESAME GINECOLOGICO FUORI GRAVIDANZA

data

Genitali Esterni	
Vagina	
Collo utero (Portio)	
Corpo Utero	
Annessi	
Mammelle	
Pap Test Data	
Colposcopia Data	
Isterosalpingografia Data	
Strisci funzionali Data	
Analisi ormonali	Progesterone (urine o sangue) Data
	Estrogeni Data
	F.S.H. Data.....
	L.H. Data.....
	Prolattina Data

OSSERVAZIONI:

CONCLUSIONI:

TERAPIA:

Il Sanitario Dott.

Ente che ha effettuato l'esame

Data

ESAME GINECOLOGICO FUORI GRAVIDANZA

data

Genitali Esterni	
Vagina	
Collo utero (Portio)	
Corpo Utero	
Annessi	
Mammelle	
Pap Test Data	
Colposcopia Data	
Isterosalpingografia Data	
Strisci funzionali Data	
Analisi ormonali	Progesterone (urine o sangue) Data
	Estrogeni Data
	F.S.H. Data.....
	L.H. Data.....
	Prolattina Data

OSSERVAZIONI:

CONCLUSIONI:

TERAPIA:

Il Sanitario Dott.

Ente che ha effettuato l'esame

Data

ESAME GINECOLOGICO FUORI GRAVIDANZA

data

Genitali Esterni	
Vagina	
Collo utero (Portio)	
Corpo Utero	
Annessi	
Mammelle	
Pap Test Data	
Colposcopia Data	
Isterosalpingografia Data	
Strisci funzionali Data	
Analisi ormonali	Progesterone (urine o sangue) Data
	Estrogeni Data
	F.S.H. Data.....
	L.H. Data.....
	Prolattina Data

OSSERVAZIONI:
CONCLUSIONI:
TERAPIA:

Il Sanitario Dott.
Ente che ha effettuato l'esame
Data

ESAME GINECOLOGICO FUORI GRAVIDANZA

data

Genitali Esterni	
Vagina	
Collo utero (Portio)	
Corpo Utero	
Annessi	
Mammelle	
Pap Test Data	
Colposcopia Data	
Isterosalpingografia Data	
Strisci funzionali Data	
Analisi ormonali	Progesterone (urine o sangue) Data
	Estrogeni Data
	F.S.H. Data.....
	L.H. Data.....
	Prolattina Data

OSSERVAZIONI:
CONCLUSIONI:
TERAPIA:

Il Sanitario Dott.
Ente che ha effettuato l'esame
Data

ESAME GINECOLOGICO FUORI GRAVIDANZA

data

Genitali Esterni	
Vagina	
Collo utero (Portio)	
Corpo Utero	
Annessi	
Mammelle	
Pap Test Data	
Colposcopia Data	
Isterosalpingografia Data	
Strisci funzionali Data	
Analisi ormonali	Progesterone (urine o sangue) Data
	Estrogeni Data
	F.S.H. Data.....
	L.H. Data.....
	Prolattina Data

OSSERVAZIONI:

CONCLUSIONI:

TERAPIA:

Il Sanitario Dott.
Ente che ha effettuato l'esame
Data

ESAME GINECOLOGICO FUORI GRAVIDANZA

data

Genitali Esterni	
Vagina	
Collo utero (Portio)	
Corpo Utero	
Annessi	
Mammelle	
Pap Test Data	
Colposcopia Data	
Isterosalpingografia Data	
Strisci funzionali Data	
Analisi ormonali	Progesterone (urine o sangue) Data
	Estrogeni Data
	F.S.H. Data.....
	L.H. Data.....
	Prolattina Data

OSSERVAZIONI:

CONCLUSIONI:

TERAPIA:

Il Sanitario Dott.
Ente che ha effettuato l'esame
Data

ESAME GINECOLOGICO FUORI GRAVIDANZA

data

Genitali Esterni	
Vagina	
Collo utero (Portio)	
Corpo Utero	
Annessi	
Mammelle	
Pap Test Data	
Colposcopia Data	
Isterosalpingografia Data	
Strisci funzionali Data	
Analisi ormonali	Progesterone (urine o sangue) Data
	Estrogeni Data
	F.S.H. Data
	L.H. Data
	Prolattina Data

OSSERVAZIONI:

CONCLUSIONI:

TERAPIA:

Il Sanitario Dott.
Ente che ha effettuato l'esame
Data

ESAME GINECOLOGICO FUORI GRAVIDANZA

data

Genitali Esterni	
Vagina	
Collo utero (Portio)	
Corpo Utero	
Annessi	
Mammelle	
Pap Test Data	
Colposcopia Data	
Isterosalpingografia Data	
Strisci funzionali Data	
Analisi ormonali	Progesterone (urine o sangue) Data
	Estrogeni Data
	F.S.H. Data
	L.H. Data
	Prolattina Data

OSSERVAZIONI:

CONCLUSIONI:

TERAPIA:

Il Sanitario Dott.
Ente che ha effettuato l'esame
Data

FAC-SIMILE di scheda da utilizzare durante la gravidanza.
Tale scheda è una proposta non conclusiva ma per un periodo sperimentale e transitorio attraverso il quale raccogliere tutti i contributi significativi provenienti da vari movimenti per la salute della donna.

SCHEDA
GRAVIDANZA

N°

NOME:
COGNOME:
DATA DI NASCITA:
GRUPPO DEL SANGUE:

SCHEDA DI GRAVIDANZA

Ultima mestruazione, data
☐ normale ☐ certa ☐ incerta ☐ scarsa
Test di gravidanza positivo, data
Ultimo peso prima della gravidanza Kg.
Altezza cm.
Gruppo sanguigno padre
Desideri questo figlio ☐ SI ☐ NO
e il padre ☐ SI ☐ NO

DISTURBI SOGGETTIVI

Ditta reparto
Mansione orario di lavoro
Tipo di lavorazione
Dal reparto mansione
..... orario di lavoro
Tipo di lavorazione

Settimana gestazione	6	10	14	18	22	26	30	32	34	36	38	40
Stanchezza eccessiva	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nausea	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vomito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dolore sopra il pube, continuo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dolore sopra il pube, discontinuo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dolore alla schiena	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Perdita di sangue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pesantezza alle gambe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bruciore allo stomaco	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gonfiore alle gambe o alle mani	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Insonnia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Difficoltà ad avere rapporti sessuali	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Altri disturbi:
.....
.....
NOTE:
.....
.....
.....
.....
.....

ESAME OBIETTIVO OSTETRICO E ESAMI DI LABORATORIO IN GRAVIDANZA

Settimana gestazione		6	10	14	18	22	26	30	32	34	36	38	40
Esame urine	Glucosio												
	Albumina												
	Pus												
	Sangue												
Emocromo	HB												
	HT												
	GR												
	GB												
Glicemia													
Azotemia													
R. Wassermann													
Test di Coombs													
Rubeotest													
Toxoplasma													
Contrazioni (dolori)	< 10 al dì												
	> 10 al dì												
Peso Kg.													
Pressione													

CONTINUAZIONE ESAME OBIETTIVO GRAVIDANZA

Settimana gestazione		6	10	14	18	22	26	30	32	34	36	38	40
VARICI													
Collo utero	< 8 Hegor												
	> 8 Hegor												
Dilatazione (specificare)													
Presentazione													
Altezza fondo utero cm.													
Battito cardiaco fetale	SI												
	Frequenza												
ESAMI PARTICOLARI	Amniocentesi												
	Amnioscopia												
	Ecografia												
	Estriolo												
	HPL												

CONTINUAZIONE ESAME OBBIETTIVO GRAVIDANZA

Settimana gestazione	Il San. Dott.	Ente	Terapia (usare il nome farmacologico)	Osservazioni	Conclusioni
6					
10					
14					
18					
22					
26					
30					
32					
34					
36					
38					
40					

USO DI FARMACI IN GRAVIDANZA

Settimana Gestazione	Tipo di farmaco	dal	al	Motivo (1)
6				
10				
14				
18				
22				
26				
30				
32				
34				
36				
38				
40				

NOTE: nome del farmaco e della casa farmaceutica

(1) riportare eventuali danni manifestati

.....

.....

.....

.....

.....

NOTIZIE SUL PARTO

- ☐ prematuro
- ☐ a termine
- ☐ post-maturo
- ☐ spontaneo
- ☐ podalico
- ☐ operativo:
 - forcipe
 - ventosa
 - taglio cesareo
- ☐ Episiotomia
- ☐ Altre lesioni perineali

STATO DEL NEONATO ALLA NASCITA

- ☐ Nato vivo sesso ☐ M ☐ F peso gr.
- ☐ Nato morto sesso ☐ M ☐ F peso gr.

Osservazioni sullo stato alla nascita

- ☐ Malformazioni

- Stato del neonato al 5° - 7° giorno
- ☐ Dimesso sano
- ☐ Morto dopo minuti giorni
- ☐ Trasferimento in reparto
- Eventuali cause di morte (anche autoptiche)

Osservazioni sullo stato del neonato alle dimissioni

STATO DELLA DONNA NEL POST-PARTO

- ☐ Emorragia utero
- ☐ Altre lesioni
- ☐ Interventi operativi (specificare)
- ☐ Infezioni

Stato della donna alla dimissione (5° - 9° giorno)

- ☐ Dimessa sana
- ☐ Trasferita reparto

Per

- ☐ DECEDUTA causa del decesso

ALLATTAMENTO (1)

- ☐ Hai allattato al seno sino al mese
- ☐ Hai smesso al mese perché:
 - ☐ dovevi tornare subito al lavoro
 - ☐ i medici te lo hanno sconsigliato
 - ☐ pensavi che ti legasse troppo
 - ☐ è stata una tua scelta
 - ☐ altri

NOTE: (1) trascrivere eventuale alimentazione particolare adottata

SEZIONE RISCHIO DEL «LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO» -

PARTE PRIMA: RISCHIO CANCEROGENO

Barrare ☐ l'agente cancerogeno a cui la lavoratrice o il lavoratore è stata/o e/o è esposta/o.

AGENTI CANCEROGENI PIU' NOTI:

- | | |
|---|---|
| 1. ☐ Acetamide | 41. ☐ Arsenito di sodio |
| 2. ☐ Acetato di cadmio | 42. ☐ Asbesto |
| 3. ☐ Acetato di chlormadinone | 43. ☐ Auramina (produzione) |
| 4. ☐ Acetato di cromo | 44. ☐ Azaserine |
| 5. ☐ Acetato di piombo | 45. ☐ Aziridina |
| 6. ☐ Acido p-aminobenzoico | 46. ☐ Aziridilbenzochinone |
| 7. ☐ Acido antranilico | 47. ☐ 2 - (1-aziridinil) - etano |
| 8. ☐ Acido cis-9,10 epossistearico | 48. ☐ Azobenzene |
| 9. ☐ Acido parasorbico | 49. ☐ Benzene |
| 10. ☐ Acido penicillico | 50. ☐ Benzidina |
| 11. ☐ Acido Tannico | 51. ☐ Benzo (a) acridina |
| 12. ☐ Acriflavinium chloride | 52. ☐ Benzo (c) acridina |
| 13. ☐ Acrilonitrile | 53. ☐ Benzo (b) fluorantene |
| 14. ☐ Actinomicina | 54. ☐ Benzo (j) fluorantene |
| 15. ☐ Adriamycin | 55. ☐ Benzo (a) pirene |
| 16. ☐ Alcool isopropilico | 56. ☐ Benzo (e) pirene |
| 17. ☐ Aflatossine | 57. ☐ Berillio fosfato |
| 18. ☐ Aldrin (insetticida) | 58. ☐ Berillio |
| 19. ☐ Amaranto | 59. ☐ Bifenili policlorurati |
| 20. ☐ 4-Aminobifenile | 60. ☐ Bis (cloroetil) etere |
| 21. ☐ 5-Amino-aceto-naftene | 61. ☐ Bis (clorometil) etere |
| 22. ☐ O-Amino-azo-benzene | 62. ☐ 1,2 Bis (clorometossi) etano |
| 23. ☐ p-Amino-azo-benzene | 63. ☐ 1,4 Bis (clorometossimetil) benzene |
| 24. ☐ 2-Amino-5 (5-nitro-2-furfuril) -
1, 3, 4 Tiodiazolo | 64. ☐ Blu brillante FCF |
| 25. ☐ 4-Amino - 2-nitrofenolo | 65. ☐ Blu evans |
| 26. ☐ Amitrole (3-amino - 1, 2, 4-Triazolo) | 66. ☐ Blu urs |
| 27. ☐ Anidride succinica | 67. ☐ 1,4 - Butanediol dimetano-solfonato
(Myleran) |
| 28. ☐ Anilina | 68. ☐ β -Butirrolattone |
| 29. ☐ Annitozene | 69. ☐ γ -Butirrolattone |
| 30. ☐ Antralinato di cinnamile | 70. ☐ Cadmio |
| 31. ☐ Apholate | 71. ☐ Cadmio polvere |
| 32. ☐ Aramite | 72. ☐ Cantharidin |
| 33. ☐ Arancio I | 73. ☐ Carbarile |
| 34. ☐ Arancio G | 74. ☐ Carbonato di piombo |
| 35. ☐ Arseniato di calcio | 75. ☐ Carmoisine |
| 36. ☐ Arseniato di piombo | 76. ☐ Catecolo |
| 37. ☐ Arseniato di sodio | 77. ☐ p-Chinone |
| 38. ☐ Arsenico (e derivati) | 78. ☐ Chlorambucil |
| 39. ☐ Arsenico Triossido | 79. ☐ Chloropropham |
| 40. ☐ Arsenito di potassio | 80. ☐ Chloroquine |

- | | |
|---|--|
| 81. ☐ Chrysene | 123. ☐ Dibenzo (a, e) pirene |
| 82. ☐ Chrysoidina | 124. ☐ Dibenzo (a, h) pirene |
| 83. ☐ Ciclofosfamida | 125. ☐ Dibenzo (a, j) pirene |
| 84. ☐ Clorobenzilato | 126. ☐ Dibenzo (a, l) pirene |
| 85. ☐ Cloroformio | 127. ☐ Dibenzodiossineclorurate |
| 86. ☐ p-Cloro-o-toluidina (idrociorurato) | 128. ☐ 1,2-Dibromo - 3-cloropropano |
| 87. ☐ Cloroamfenicolo | 129. ☐ Dibromoetilene |
| 88. ☐ Clorometilmetiletere | 130. ☐ Dibutilnitrosamina |
| 89. ☐ Cloruro di Benzile | 131. ☐ o-Diclorobenzene |
| 90. ☐ Cloruro di Cadmio | 132. ☐ p-Diclorobenzene |
| 91. ☐ Cloruro di Vinile | 133. ☐ 1,1 - Dicloro 2,2 bis (p-clorofenil) -
etilene (DDE) |
| 92. ☐ | 134. ☐ 3,3-Diclorobenzidina |
| 93. ☐ Composti del selenio | 135. ☐ Trans-Diclorobutene |
| 94. ☐ Complesso-ferro-sorbitolo-acido
citrico | 136. ☐ 3,3-Dicloro - 4,4-Diamino-difeniletere |
| 95. ☐ Cromato di Bario | 137. ☐ Dicloro difenildicloroetano (DDD) |
| 96. ☐ Cromato di Calcio | 138. ☐ Dicromato di sodio |
| 97. ☐ Cromato Cromico | 139. ☐ Dieldrin |
| 98. ☐ Cromato di Piombo | 140. ☐ Diepossibutano |
| 99. ☐ Cromato di Stronzio | 141. ☐ Dietilditiocarbammato di sodio |
| 100. ☐ Cromato di Zinco idrossido | 142. ☐ 1,2-Dietilidrazina |
| 101. ☐ Cromo | 143. ☐ Dietilnitrosoamina |
| 102. ☐ Curamina | 144. ☐ Dietilsolfato |
| 103. ☐ Cycasin | 145. ☐ Dietilstilbestrolo |
| 104. ☐ Cyclochlorotina | 146. ☐ 2,4 Difenildiamina |
| 105. ☐ Damomycin | 147. ☐ Diglicidilresorcinoletere |
| 106. ☐ DDT | 148. ☐ Diidrosoprolo |
| 107. ☐ Diacetilaminoazotoluene | 149. ☐ p-Dimetilaminobenzene-
diazio-sodiosolfonato |
| 108. ☐ NN-Diacetilbenzidina | 150. ☐ Trans-2[(dimetilamino) metilamino]-
-5-[2(5-nitro 2-furil) vinil]-
1, 3, 4 ossodiazolo |
| 109. ☐ Diallate | 151. ☐ p-Dimetilaminoazobenzene |
| 110. ☐ 2,4-Diaminoanisolo (solfato) | 152. ☐ 3-3 Dimetilbenzidina |
| 111. ☐ 4,4-Diaminodifeniletere | 153. ☐ 3-3 Dimetilnitrosoamicina |
| 112. ☐ 2,6-Diamino-3- (fenilazo)
piridina (idrociorurato) | 154. ☐ Dimetilcarbamoilcloruro |
| 113. ☐ 1,2-Diamino-2-Nitrobenzene | 155. ☐ 1,1 Dimetilidrazina |
| 114. ☐ 1,4-Diamino-4-Nitrobenzene | 156. ☐ 1,2 Dimetilidrazina |
| 115. ☐ 2,5-Diamino Toluene (solfato) | 157. ☐ Dimetilnitrosamicina |
| 116. ☐ Diazepam | 158. ☐ Dimetilsolfato |
| 117. ☐ Diazometano | 159. ☐ Dimetilsterone |
| 118. ☐ Dibenzo (a, h) acridina | 160. ☐ Dimetossano |
| 119. ☐ Dibenzo (a, j) acridina | 161. ☐ 3,3 dimetossibenzidina |
| 120. ☐ Dibenzo (a, h) antracene | 162. ☐ Dinittrosopentametil-entetramina |
| 121. ☐ Dibenzo (c, g) carbazolo | 163. ☐ Diossano |
| 122. ☐ Dibenzo (h, rst) pentafene | 164. ☐ Disulfiram |

165. ☐ Dithtranol
 166. ☐ Dulcin
 167. ☐ Ematite
 168. ☐ Endrin
 169. ☐ Eosina (sale sodico)
 170. ☐ Epicloridrina
 171. ☐ 1, Epossietil - 3,4 - epossicicloesano
 172. ☐ 3,4 Eossi-6-metil cicloesilmetil -
 3,4-eossi-6-metil carbossilato
 173. ☐ Eptacloro
 174. ☐ Esacloruro di benzine (grado Tecnico)
 175. ☐ Esametilfosforamide
 176. ☐ 2,4-5T ed esteri
 177. ☐ Estradiol Mustard
 178. ☐ Ethionamide
 179. ☐ Etilenossido
 180. ☐ Etilentiourea
 181. ☐ Etilmetansolfonato
 182. ☐ Etinilestradiolo
 183. ☐ Etinodioldiacetato
 184. ☐ Ethyl selenac
 185. ☐ Ethyl Tellurac
 186. ☐ 2,4 D ed esteri
 187. ☐ Fast green FCF
 188. ☐ Fenacetina
 189. ☐ Fenicarbazide
 190. ☐ Fenilbutazone
 191. ☐ n-Fenil-2-naftilamina
 192. ☐ m-fenilendiamina (idrocloreto)
 193. ☐ p-fenilendiamina
 194. ☐ Fenobarbital di sodio
 195. ☐ Fenossibenzamina
 196. ☐ Ferbam
 197. ☐ 2- (2 Formilidrazino) -
 4 - (5 nitro-2 furil) Tiazolo
 198. ☐ Fosfato di piombo
 199. ☐ Fuliggine catrame e olii
 200. ☐ Fusarenon
 201. ☐ Giallo AB
 202. ☐ Giallo acridina
 203. ☐ Giallo 3 disperso CI
 204. ☐ Giallo OB
 205. ☐ Glicidaldeide
 206. ☐ Glicidoleato
 207. ☐ Glicidilsteato

208. ☐ Griseofuluin
 209. ☐ Hycanthone (mesylate)
 210. ☐ Ideno (1, 2, 3 - cd) pirene
 211. ☐ Idrazide dell'acido isonicotinico
 212. ☐ Idrazide maleica
 213. ☐ Idrazina
 214. ☐ Idrochinone
 215. ☐ 4-Idrossiazobenzene
 216. ☐ 8 - Idrossichinolina
 217. ☐ 8 - Idrossichinolina di rame
 218. ☐ Idrossisenkirkine
 219. ☐ Iron dextran
 220. ☐ Iron dextrin
 221. ☐ Isatidina
 222. ☐ Isosafrole
 223. ☐ Lasiocarpine
 224. ☐ Ledate
 225. ☐ Lindane
 226. ☐ Luteoskyrin
 227. ☐ Magenta
 228. ☐ Maneb
 229. ☐ Mannonustine (Dyhydrochloride)
 230. ☐ Marrone sudan RR
 231. ☐ Medphalan
 232. ☐ Medrossiprogesterone acetato
 233. ☐ Mepholan
 234. ☐ Mestranol
 235. ☐ Methoxychlor
 236. ☐ Methil selenac
 237. ☐ Methylthiouracil
 238. ☐ 2-Metilaziridina
 239. ☐ Metilazossimetanol acetato
 240. ☐ Metil carbammato
 241. ☐ N-Metil - n,4 - dinitrosoanilina
 242. ☐ 4,4 - Metilendianilina
 243. ☐ 4,4 - Metilene bis (2 cloroanilina)
 244. ☐ 4,4 - Metilene bis (2-metilnilina)
 245. ☐ Metilioduro
 246. ☐ Metilmetansolfonato
 247. ☐ N-Metil-n-nitro-n-nitroso-guanidina
 248. ☐ Metomicin C
 249. ☐ Metroindazole
 250. ☐ Minerali di Berillio
 251. ☐ Mirex

252. ☐ Monocrotaline
 253. ☐ Monuron
 254. ☐ 5 - (morfolinometil) - 3
 - [(5 nitrofuriliden) - amino]-
 2 - ossiazolidinone
 255. ☐ Mustard gas
 256. ☐ 1 - Naftilamina
 257. ☐ 2 - Naftilamina
 258. ☐ N-N-bis (2-cloro-etil) 2-naftilamina
 259. ☐ Native carra geenans
 260. ☐ Nichel
 261. ☐ Nichel in polvere
 262. ☐ Nichel carbonile
 263. ☐ Nichel subolfuro
 264. ☐ Nickelocene
 265. ☐ Niridazole
 266. ☐ 5-Nitroacenaftene
 267. ☐ 4 - Nitrobifenile
 268. ☐ Nitrofenaldeidesemicarbazone
 269. ☐ N-4- (5-nitro-2 fenil)2-Tiazolin
 acetamide
 270. ☐ 1 [(5 nitrofurilidene) amino]-
 2 - imidazoli - dinone
 271. ☐ Nitrogen mustard (idrocloreto)
 272. ☐ Nitrogen mustard n-oxyde
 (hydrochloride)
 273. ☐ Nitrosoetilurea
 274. ☐ N-nitroso - N-metilmetano
 275. ☐ Nitrosometilurea
 276. ☐ Norethisterone
 277. ☐ Norethisterone acetato
 278. ☐ Norethynodral
 279. ☐ Norgestrel
 280. ☐ Ochatoxin A
 281. ☐ 17 β - oestradiol
 282. ☐ Oestriol
 283. ☐ Oestrone
 284. ☐ Oil orange SS
 285. ☐ Olio isopropilico
 286. ☐ Ossido di berillio
 287. ☐ Ossido di ferro
 288. ☐ Ossido di nichel
 289. ☐ Ossido di propilene
 290. ☐ Ossido di stirene

291. ☐ Ossido di Tris (1-aziridinil) fosfina
 292. ☐ Ossifenbutazone
 293. ☐ Ossimetolone
 294. ☐ Oxazepam
 295. ☐ Patulin
 296. ☐ Phenytoin
 297. ☐ Piombo Tetraetile e Tetrametile
 298. ☐ Ponceau M X
 299. ☐ Ponceau 3 R
 300. ☐ Ponceau S X
 301. ☐ Potassio bis (2-idrossietil)
 ditiocarbammato
 302. ☐
 303. ☐ Pronetolon Hydrochloride
 304. ☐ 1,3 - Propansultone
 305. ☐ Proptham
 306. ☐ n-Propilcarbammato
 307. ☐ β -Propiolattone
 308. ☐ Propylthiouracil
 309. ☐ Pyrimethamina
 310. ☐ Reserpine
 311. ☐ Resorcinolo
 312. ☐ Retrorsina
 313. ☐ Rhodamine B
 314. ☐ Rhodamine 6G
 315. ☐ Riddellune
 316. ☐ Rosso agrume n° 2
 317. ☐ Rosso metile
 318. ☐ Rosso n° 9 D & C
 319. ☐ Rosso scarlatto
 320. ☐ Rosso sudan 7B
 321. ☐ Saccharated iron
 322. ☐ Safrole
 323. ☐ Semicarbazide (idrocloreto)
 324. ☐ Seneciphyllina
 325. ☐ Senkirkina
 326. ☐ Solfato di berillio
 327. ☐ Solfato di cadmio
 328. ☐ Solfuro di bis (1-aziridinil) -
 morfolinofosfina
 329. ☐ Solfuro di Tris (1-aziridinil) fosfina
 330. ☐ Solfuro di cadmio
 331. ☐ Solfuro di etilene
 332. ☐ Sterigmatocystin

- 333. ☐ Streptozotocin
- 334. ☐ Subacetato di piombo
- 335. ☐ Sudan I
- 336. ☐ Sudan II
- 337. ☐ Sudan III
- 338. ☐ Sunset yellow FCF
- 339. ☐ Terpeni policlorurati
- 340. ☐ Testosterone
- 341. ☐ Tetracloruro di carbonio
- 342. ☐ Thiouracil
- 343. ☐ Thiram
- 344. ☐ Tioacetamide
- 345. ☐ 4,4 - Tioanilina
- 346. ☐ Tiourea
- 347. ☐ O-Toluidina (idrocloruro)
- 348. ☐ Tricloroetilene
- 349. ☐ Triclorotrietilamina idrocloruro
- 350. ☐ Trietilenglicidilidiletere

351. ☐ Tioglucosato di oro
352. ☐ Tris (aziridinil)-p-benzochinone
353. ☐ 1, 2, 3-Tris (clorometossi) propano
354. ☐ Tris (2 metil-1-aziridinil) fosfina ossido
356. ☐ 2, 4, 6-Tris (1-aziridinil) S-Triazina
357. ☐ Trypan blue
358. ☐ Uracil Mustard
359. ☐ Urethan
360. ☐ Verde chiaro S F
361. ☐ Verde guinea B
362. ☐ Violetto benzile 4 B.
363. ☐ Vinilcicloesano
364. ☐ Zeetram
365. ☐ Zinab
366. ☐ Ziram
367. ☐ 2,4-Xylidine (hydrochloride)
368. ☐ 2,5-Xylidine (hydrochloride)
369. ☐ Jacobine

Note:

NOTE:

129

PARTE SECONDA

DITTA
occupata/o dal al
reparto mansione

Tipo di lavoro:

☐ all'aperto	☐ in ambiente chiuso
☐ individuale	☐ a catena
☐ a squadra	

Sforzo fisico	☐ lieve	☐ medio	☐ intenso
Ritmo	☐ assente	☐ medio	☐ intenso
Monotonia	☐ assente	☐ presente	
Ripetitività	☐ assente	☐ presente	
Fatica globale	☐ lieve	☐ media	☐ intensa

illuminazione:

☐ artificiale	☐ sufficiente	☐ insufficiente	☐ eccessiva
☐ solare	☐ sufficiente	☐ insufficiente	

presenza di gas ☐ SI ☐ NO

130

[illegible][illegible]

PARTE SECONDA
(Storia lavorativa passata di cui la lavoratrice o il lavoratore non dispone di dati analitici ambientali)

PARTE SECONDA

DITTA al

occupata/o dal mansione

reparto

Orario di lavoro: ☐ giornaliero ☐ turnista

1° ☐ dalle ore alle ore

2° ☐ dalle ore alle ore

3° ☐ dalle ore alle ore

cambia turno ogni giorni

Tempo impiegato per raggiungere il posto di lavoro minuti

☐ con mezzi propri ☐ con mezzi pubblici

Tipo di lavoro:

☐ all'aperto ☐ in ambiente chiuso

☐ individuale ☐ a squadra ☐ a catena

Posizione di lavoro:

Posizione di lavoro:

seduta	☐ comoda ☐ scomoda	in piedi	☐ comoda ☐ scomoda
lavoro in quota	☐ SI ☐ NO	con rischio	☐ SI quali ☐ NO
lavoro in cavità	☐ SI ☐ NO	con rischio	☐ SI quali ☐ NO

Sforzo fisico	☐ lieve	☐ medio	☐ intenso
Ritmo	☐ assente	☐ medio	☐ intenso
Monotonia	☐ assente	☐ presente	
Ripetitività	☐ assente	☐ presente	
Fatica globale	☐ lieve	☐ media	☐ intensa

L'ambiente era:

☐ caldo	☐ freddo	☐ normale	☐ con brusche variaz. di temperatura
☐ umido	☐ poco rumoroso	☐ molto rumoroso	
☐ SI	☐ NC	presenza di vibrazioni	☐ SI ☐ NC

illuminazione:

☐ artificiale	☐ sufficiente	☐ insufficiente	☐ eccessiva
☐ solare	☐ sufficiente	☐ insufficiente	

polveroso ☐ SI ☐ NO quali polveri

presenza di gas ☐ SI ☐ NO quali gas.....

134

[illegible]

NOTE: (1) le lavoratrici e i lavoratori, a norma del D.P.R. n. 547 - art. 4 paragrafo b, devono essere informati dall'azienda di tutti i rischi presenti nello svolgimento del lavoro. Inoltre debbono esigere dai tecnici che con loro svolgono le indagini di essere informati puntualmente sui rischi a cui sono esposti.

PARTE SECONDA
(Storia lavorativa passata di cui la lavoratrice o il lavoratore non dispone di dati analitici ambientali)

presenza di gas ☐ SI ☐ NO quali gas.....

136

NOTE: (1) le lavoratrici e i lavoratori, a norma del D.P.R. n. 547 - art. 4 paragrafo b, devono essere informati dall'azienda di tutti i rischi presenti nello svolgimento del lavoro. Inoltre debbono esigere dai tecnici che con loro svolgono le indagini di essere informati puntualmente sui rischi a cui sono esposti.

PARTE SECONDA

DITTA

segue

Volume occupato da macchine e materiali m³

NOTE: (1) le lavoratrici e i lavoratori, a norma del D.P.R. n. 547 - art. 4 paragrafo b, devono essere informati dall'azienda di tutti i rischi presenti nello svolgimento del lavoro. Inoltre debbono esigere dai tecnici che con loro svolgono le indagini di essere informati puntualmente sui rischi a cui sono esposti.

ditta reparto

metodologia analitica usata

Lavoratori che hanno partecipato alle analisi

note:

ditta reparto

metodologia analitica usata

Lavoratori che hanno partecipato alle analisi

note: (1) M = Valore medio ponderato; P = Valore di punta

142

ditta reparto

metodologia analitica usata

Lavoratori che hanno partecipato alle analisi

note: (1) M = Valore medio ponderato; P = Valore di punta

ditta reparto

metodologia analitica usata

Lavoratori che hanno partecipato alle analisi

note:

143

ANALISI AMBIENTALI DEL MICROCLIMA

ditta reparto

Data	Posizio- ne di lavoro	Fase di lavora- zione	Posi- zioni delle misure	N. ricambi aria orari	Valori rilevati in °C	ORA DEI RILIEVI										
						9	10	11	12	13	14	15	16	17		
					GT											
					WB											
					WBGT											
					U %											
					GT											
					WB											
					WBGT											
					U %											
					GT											
					WB											
					WBGT											
					U %											
					GT											
					WB											
					WBGT											
					U %											

metodologia analitica usata

Lavoratori che hanno partecipato alle analisi

note: temperatura: GT = radiante; WB = bulbo umido; WBGT = effettiva; U = umidità relativa

ANALISI AMBIENTALI DEL RUMORE E DELLE VIBRAZIONI

ditta reparto

Data	Posizio- ne di lavoro	Fase di lavora- zione	Operazione effettuata nella fase di lavoraz.	Tempo di esposi- zione	RUMOROSITA'		VIBRAZIONI	
					Liv. sonoro in DbA	Impulsi in DbA	frequenza cicli/min.	ampiezza micron

metodologia analitica usata

Lavoratori che hanno partecipato alle analisi

note:

SEZIONE RISCHIO DEL «LIBRETTO SANITARIO E DI RISCHIO»

PARTE TERZA

(Storia lavorativa di cui la lavoratrice o il lavoratore dispone di dati analitici ambientali).

Scheda in cui la lavoratrice o il lavoratore valuta soggettivamente la nocività presente nel posto di lavoro.

DITTA occupata/o dal al

reparto mansione

Orario di lavoro:
☐ giornaliero ☐ turnista
 1° ☐ dalle ore alle ore
 2° ☐ dalle ore alle ore
 3° ☐ dalle ore alle ore
 cambia turno ogni giorni

Tempo impiegato per raggiungere il posto di lavoro minuti
☐ con mezzi propri ☐ con mezzi pubblici

Tipo di lavoro: ☐ individuale ☐ a squadra ☐ a catena

Posizione di lavoro:
 seduta ☐ comoda ☐ scomoda
 in piedi ☐ comoda ☐ scomoda

Lavoro in quota ☐ SI ☐ NO con rischio ☐ SI ☐ NO quali

Lavoro in cavità ☐ SI ☐ NO con rischio ☐ SI ☐ NO quali

Sforzo fisico ☐ lieve ☐ medio ☐ intenso
 Ritmo ☐ assente ☐ medio ☐ intenso
 Ripetitività ☐ assente ☐ presente
 Monotonia ☐ assente ☐ presente
 Fatica globale ☐ lieve ☐ media ☐ intensa

Tipo di ambiente ☐ aperto ☐ chiuso

Superficie totale m² volume totale m³

Superficie occupata da macchine e materiali m²

Volume occupato da macchine e materiali m³

segue

ANALISI AMBIENTALI DELLE POLVERI

ditta reparto

Data	Posizione di lavoro	Fase di lavorazione	Operazione effettuata nella fase di lavoraz.	Tempo di esposizione	POLVERI in mg/m³			
					Tipo	Tipo	Tipo	Tipo
					M' =	M =	M =	M =
					P' =	P =	P =	P =
					M =	M =	M =	M =
					P =	P =	P =	P =
					M =	M =	M =	M =
					P =	P =	P =	P =
					M =	M =	M =	M =
					P =	P =	P =	P =

metodologia analitica usata

Lavoratori che hanno partecipato alle analisi

note: (1) M = Valore medio ponderato; P = Valore di punta

ANALISI AMBIENTALI DELL'ILLUMINAZIONE E DELLE RADIAZIONI

ditta reparto

Data	Posizio- ne di lavoro	Fase di lavorazione	Operazione effettuata nella fase di lavoraz.	Tempo di esposizione	ILLUMINAZ. Lux	Radiazioni ionizzanti mrem/ora

metodologia analitica usata

Lavoratori che hanno partecipato alle analisi

note:

ANALISI AMBIENTALI DEL MICROCLIMA

ditta reparto

Data	Posizio- ne di lavoro	Fase di lavora- zione	Posi- zioni delle misure	N. ricambi aria orari	Valori rilevati in °C	ORA DEI RILIEVI											
						9	10	11	12	13	14	15	16	17			
					GT												
					WB												
					WBGT												
					U %												
					GT												
					WB												
					WBGT												
					U %												
					GT												
					WB												
					WBGT												
					U %												

metodologia analitica usata

Lavoratori che hanno partecipato alle analisi

note: temperatura: GT = radiante; WB = bulbo umido; WBGT = effettiva; U = umidità relativa

ANALISI AMBIENTALI DEL RUMORE E DELLE VIBRAZIONI

ditta reparto

Data	Posizio- ne di lavoro	Fase di lavora- zione	Operazione effettuata nella fase di lavoraz.	Tempo di esposi- zione	RUMOROSITA'		VIBRAZIONI	
					Liv. sonoro in DbA	Impulsi in DbA	frequenza cicli/min.	ampiezza micron

metodologia analitica usata

Lavoratori che hanno partecipato alle analisi

note:

(Si riferisce al lavoro a domicilio ed alle prestazioni familiari)

Posizione di lavoro:

in piedi ☐ comoda
☐ scomoda

illuminazione:

polveroso ☒ SI ☐ NO

quali polveri:

presenza di gas ☐ SI ☐ NO

quali gas.....

Tipo di ambiente: ☐ aperto ☐ chiuso

segue

[illegible]

(1) riportare i nomi chimici e commerciali dei prodotti utilizzati

NOTE:

(Si riferisce al lavoro a domicilio ed alle prestazioni familiari)

☐ Lavoro a domicilio ☐ collaboratore domestico ☐ collaboratore a ore
☐ Baby sitter ☐ collaboratrice domestica ☐ collaboratrice a ore
☐ lavoro casalingo senza aiuto ☐ lavoro casalingo con aiuto
Ditta
occupata/o dal al
ore di lavoro giornaliere e settimanali
tempo impiegato per raggiungere il posto di lavoro min.
☐ con mezzi propri ☐ con mezzi pubblici
lavoro all'aperto ☐ in ambiente chiuso ☐

Posizione di lavoro:

seduta { ☐ comoda
☐ scomoda

in piedi { ☐ comoda
☐ scomoda

Sforzo fisico	☐ lieve	☐ medio	☐ intenso
Ritmo	☐ assente	☐ medio	☐ intenso
Monotonia	☐ assente	☐ presente	
Ripetitività	☐ assente	☐ presente	
Fatica globale	☐ lieve	☐ media	☐ intensa

L'ambiente è:

☐ caldo ☐ freddo ☐ normale ☐ con brusche variaz.
umido ☐ SI ☐ NO di temperatura

☐ poco rumoroso ☐ rumoroso ☐ molto rumoroso
presenza di vibrazioni ☐ SI ☐ NO

illuminazione:

☐ artificiale	☐ sufficiente	☐ insufficiente	☐ eccessiva
☐ solare	☐ sufficiente	☐ insufficiente	

polveroso ☐ SI ☐ NO quali polveri

presenza di gas ☐ SI ☐ NO quali gas.....

Tipo di ambiente: ☐ aperto ☐ chiuso

superficie totale m²; volume totale m³

superficie occupata da macchine e materiali m²

volume occupato da macchine e materiali m³

segue

[illegible]

(1) riportare i nomi chimici e commerciali dei prodotti utilizzati

NOTE:

(Si riferisce al lavoro a domicilio ed alle prestazioni familiari)

Posizione di lavoro:

Tipo di ambiente: ☐ aperto ☐ chiuso

superficie totale m²; volume totale m³

superficie occupata da macchine e materiali m²

volume occupato da macchine e materiali m³

segue

NOTE:

(Si riferisce al lavoro a domicilio ed alle prestazioni familiari)

Posizione di lavoro:

in piedi { ☐ comoda
☐ scomoda

☐ intenso

☐ intenso

☐ intensa

☐ eccessiva

quali polveri

quali gas.....

segue

(1) riportare i nomi chimici e commerciali dei prodotti utilizzati

NOTE:

PARTE QUARTA

(Si riferisce al lavoro a domicilio ed alle prestazioni familiari)

- ☐ Lavoro a domicilio ☐ collaboratore domestico ☐ collaboratore a ore
☐ Baby sitter ☐ collaboratrice domestica ☐ collaboratrice a ore
☐ lavoro casalingo senza aiuto ☐ lavoro casalingo con aiuto
- Ditta
 occupata/o dal al
 ore di lavoro giornaliere e settimanali
 tempo impiegato per raggiungere il posto di lavoro min.
☐ con mezzi propri ☐ con mezzi pubblici
 lavoro all'aperto ☐ in ambiente chiuso ☐

Posizione di lavoro:

- seduta { ☐ comoda
☐ scomoda
- in piedi { ☐ comoda
☐ scomoda

- | | | | |
|----------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Sforzo fisico | ☐ lieve | ☐ medio | ☐ intenso |
| Ritmo | ☐ assente | ☐ medio | ☐ intenso |
| Monotonia | ☐ assente | ☐ presente | |
| Ripetitività | ☐ assente | ☐ presente | |
| Fatica globale | ☐ lieve | ☐ media | ☐ intensa |

L'ambiente è:

- ☐ caldo ☐ freddo ☐ normale ☐ con bruschke variaz.
umido ☐ SI ☐ NO di temperatura
- ☐ poco rumoroso ☐ rumoroso ☐ molto rumoroso
presenza di vibrazioni ☐ SI ☐ NO

illuminazione:

- ☐ artificiale ☐ sufficiente ☐ insufficiente ☐ eccessiva
☐ solare ☐ sufficiente ☐ insufficiente

polveroso ☒ SI ☐ NO

quali polveri:

presenza di gas ☒ SI ☐ NO

quali gas.....

Tipo di ambiente: ☐ aperto ☐ chiuso

superficie totale m²; volume totale m³

superficie occupata da macchine e materiali m²

volume occupato da macchine e materiali m³

segue

[illegible]

(1) riportare i nomi chimici e commerciali dei prodotti utilizzati

NOTE:

DATA	NOTE