

	Segnalazione di infortunio	DS 08
		Rev. 00 del 22/11/2017
		Pag. 1/3

**Dopo la compilazione inviare il modulo (per posta interna o via fax)
al Servizio Prevenzione Protezione della sede di appartenenza**

(Bussolengo: Fax 045-6712801 - Legnago: Fax 0442-622023 - San Bonifacio: Fax 045-6138431)

COMPILAZIONE A CURA DEL LAVORATORE INFORTUNATO
(qualora non sia possibile, la compilazione è a carico dei presenti all'accaduto)

Cognome Nome

Data di nascita Qualifica Professionale:

Sede lavorativa UO/Servizio/Ufficio

Data infortunio: Ora infortunio:

Luogo infortunio

Al momento dell'infortunio indossava i Dispositivi di Protezione Individuale previsti per l'attività che stava svolgendo come da Prontuario dei Dispositivi di Protezione Individuale aziendale ?

SI NO NON PREVISTI

Testimoni presenti:

Cognome Nome

Cognome Nome

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI INFORTUNIO NON A RISCHIO BIOLOGICO

Barrare la parte interessata riguardante le cause o le modalità di accadimento

DA TRAUMA (es. colpito da, schiacciato da, urtato, inciampato, messo piede in fallo, scivolato, caduto da, spinto, morso, tagliato)

DA MOVIMENTAZIONE MANUALE PAZIENTI O CARICHI

DA INCIDENTE SU STRADA (solo in orario di lavoro)

DA INALAZIONE/INGESTIONE

DA AGGRESSIONE FISICA (da persone / animali)

ALTRO PRECISARE

.....

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO

- puntura/taglio accidentale
- schizzo/contatto/imbrattamento/morsi/graffi di animali o persone

PARTE PRIMA

<input type="checkbox"/> durante l'utilizzo <input type="checkbox"/> dopo l'utilizzo, prima dello smaltimento <input type="checkbox"/> durante lo smaltimento nel contenitore taglienti <input type="checkbox"/> durante attività di decontaminazione <input type="checkbox"/> da dispositivo lasciato incustodito <input type="checkbox"/> reincappucciando ago usato <input type="checkbox"/> smontando i componenti di un dispositivo <input type="checkbox"/> estraendo l'ago da un supporto che ha opposto resistenza <input type="checkbox"/> durante una manovra <input type="checkbox"/> nel passaggio del dispositivo tra operatori <input type="checkbox"/> durante il disarmo dell'ago dal supporto <input type="checkbox"/> altro:	
TIPO DI AGO PUNGENTE : <input type="checkbox"/> siringa <input type="checkbox"/> siringa da insulina <input type="checkbox"/> ago a farfalla (butterfly) <input type="checkbox"/> catetere endovenoso <input type="checkbox"/> ago da sutura <input type="checkbox"/> stick glicemico <input type="checkbox"/> altro ago:	TIPO DI OGGETTO TAGLIENTE: <input type="checkbox"/> forbici <input type="checkbox"/> bisturi <input type="checkbox"/> altro oggetto tagliente:
parte anatomica interessata:	parte anatomica interessata:

PARTE SECONDA

Tipologia di materiale biologico contaminante: <input type="checkbox"/> sangue o prodotti del sangue <input type="checkbox"/> urina <input type="checkbox"/> liquido amniotico <input type="checkbox"/> liquido pleurico <input type="checkbox"/> vomito <input type="checkbox"/> altro:	Contaminazione cute: area interessata: Contaminazione mucose: <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> bocca <input type="checkbox"/> occhi-naso-bocca
---	--

DA COMPILARE PER QUALSIASI INFORTUNIO

Descrizione dell'accaduto *(descrivere sinteticamente ma in modo circostanziato la dinamica dell'evento specificando luoghi attrezzature materiali e sostanze coinvolte)*

Firma dell'infortunato _____