

QUADRO A: DATI DEL LAVORATORE

RISERVATO ALLA DIREZIONE SANITARIA / UFFICIO INFERMIERISTICO DI PRESIDIO

COGNOME E NOME

QUALIFICA:

DATA DI NASCITA :

LUOGO:)

CODICE FISCALE:

DOMICILIO:

LAVORATORE DIPENDENTE

LAVORATORE AUTONOMO

APPRENDISTA

STUDENTE

ALTRO ...VOLONTARIA /TIROCINANTE...

PROVENIENZA: OSPEDALE, SERVIZIO, MANSIONE. (trasferimenti)

CAMBIO DI MANSIONI ALL'INTERNO DEL SERVIZIO DI APPARTENENZA:

Servizio:.....Mansione:.....

DATA 10/05/2016

TIMBRO E FIRMA

(VERIFICARE CHE IL LAVORATORE COMPILI I QUADRI B E C – INOLTARE AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO -)

**QUADRO B: PRECEDENTI ESPOSIZIONI ALLE RADIAZIONI
RISERVATO AL LAVORATORE**

- NESSUNA ESPOSIZIONE PRECEDENTE
- NESSUNA ESPOSIZIONE ATTUALE PRESSO ALTRI DATORI DI LAVORO

PRECEDENTI ESPOSIZIONI A RADIAZIONI IONIZZANTI PRESSO L'ATTUALE DATORE DI LAVO

DAL

DATORE DI LAVORO:

DALAL

DATORE DI LAVORO:

DALAL

DATORE DI LAVORO: ...

DAL

PRECEDENTI ESPOSIZIONI A RADIAZIONI IONIZZANTI PRESSO ALTRI DATORI DI LAVORO:

DAL AL

PRESIDIO :REPARTO:

DALAL

PRESIDIO :REPARTO:

DALAL

PRESIDIO :REPARTO:

CONTEMPORANEE ESPOSIZIONI A RADIAZIONI IONIZZANTI PRESSO ALTRI DATORI DI LAVORO:

DATORE DI LAVORO:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DI QUANTO DICHIARATO NEI QUADRI A e B.

DATA:

FIRMA

QUADRO C: INFORMAZIONE DEL LAVORATORE
RISERVATO AL LAVORATORE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA DI ESSERE STATO/A
EDOTTO/A DEI RISCHI SPECIFICI A CUI SARA' SOTTOPOSTO E DELLE NORME DI PROTEZIONE
SANITARIA, SECONDO QUANTO RICHIESTO DAL D.LGS. 626/94 E IN SPECIFICO DALL'ART. 61
COMMA 3 LETTERA e) DEL D. LGS 230/95.

SI IMPEGNA INOLTRE A FORNIRE ALL'ESPERTO QUALIFICATO ED AL MEDICO INCARICATO, LE
INFORMAZIONI RELATIVE ALLE DOSI PRECEDENTEMENTE RICEVUTE.

IL:

FIRMA:

QUADRO D: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE

RISERVATO AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO-DIVISIONE- ISTITUTO – (PREPOSTO)

Da compilarsi con il supporto dell'Esperto Qualificato Tel: 27889

DESCRIZIONE DELLE MANSIONI LAVORATIVE CON ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

SERVIZIO:

RESPONSABILE:.....DR.

Tipo di intervento	N° int. al mese	Barriera anti X	Durata media (min)	Distanze		Percentuale del carico di lavoro
				Sterno	Mani	

Tipo di Esame	Sala radiologica/chirurgica	N° radiografie al mese	KVp/mAs	Barriera anti X	Distanze (In assenza di una barriera fissa)	Percentuale del carico di lavoro

SORGENTI RADIOATTIVE: SIGILLATE :

NON SIGILLATE:.....

DATA:

TIMBRO e FIRMA:

(DA INOLTARE ALLA FISICA SANITARIA)

QUADRO G: AUTORIZZAZIONE ALLA ESPOSIZIONE
RISERVATO ALLA DIREZIONE SANITARIA DI SEDE

PERVENUTO IL :

AUTORIZZAZIONE ALLA ESPOSIZIONE DEL LAVORATORE: SI NO

DAL GIORNO:.....

CLASSIFICAZIONE :

NON ESPOSTO

ESPOSTO, CLASSIFICATO IN : CATEGORIA **A** CATEGORIA **B**

DOSIMETRO ASSEGNATO :

CORPO INTERO

ESTREMITA'

ALTRO:

NESSUNO

N.B. : SE IL QUADRO B e C NON E' GIA' STATO COMPILATO, LA DIREZIONE SANITARIA DI SEDE
PROVEDE A FARLO COMPILARE E FIRMARE DAL LAVORATORE.

DATA:

TIMBRO e FIRMA:

TRASMETTERE COPIA A :

**SERVIZIO DI FISICA SANITARIA
PREPOSTO
SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA
SETTORE PERSONALE**

Allegato 8

Dati necessari per la classificazione degli operatori

Tipo di intervento eseguito	N° interventi/anno	composizione equipe (registro operatorio)	durata scopia sec	pos. Tubo	Chirurgo		Infermiere ferrista		infermiera di sala	
					Distanze da fascio		Distanze da fascio		Distanze da fascio	
					corpo cm	mani cm	corpo cm	mani cm	corpo cm	mani cm