

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 LAVORO

DAL

DATORE DI LAVORO:

DALAL

DATORE DI LAVORO:

DALAL

DATORE DI LAVORO: ...

DAL

PRECEDENTI ESPOSIZIONI A RADIAZIONI IONIZZANTI PRESSO ALTRI DATORI DI LAVORO:

DALAL

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 E: INDICAZIONE DI CLASSIFICAZIONE <i>RISERVATO ALL'ESPERTO QUALIFICATO</i>			
IL LAVORATORE HA TRASMESSO LE DOSI PREGRESSE		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INDICAZIONE DI CLASSIFICAZIONE :			
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">ESPOSTO CLASSIFICATO IN:</div> <div style="margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> NON ESPOSTO <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 5px;">{</div> <div> <input type="checkbox"/> CATEGORIA B <input type="checkbox"/> CATEGORIA A </div> </div> </div> </div>			
IL LAVORATORE E' SOTTOPOSTO A: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> x ESPOSIZIONE ESTERNA <input type="checkbox"/> ESPOSIZIONE INTERNA </div>			
TIPO DI DOSIMETRO : <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> x CORPO INTERO <input type="checkbox"/> ESTREMITA' <input type="checkbox"/> CRISTALLINO </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> ALTRO:..... <input type="checkbox"/> NESSUNO </div>			
MODULO DA INOLTARE A : <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> MEDICO AUTORIZZATO x MEDICO COMPETENTE </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> DIREZIONE SANITARIA DI SEDE </div>			
DATA:.....		TIMBRO e FIRMA:	
(INOLTARE ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA)			

QUADRO F: GIUDIZIO DI IDONEITA' (solo se il lavoratore risulta esposto) <i>RISERVATO AL MEDICO AUTORIZZATO O AL MEDICO COMPETENTE</i>	
PERVENUTO IL:	
DATA DELLA VISITA:	
IL LAVORATORE HA TRASMESSO LE DOSI PREGRESSE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
IL LAVORATORE E' DICHIARATO:	
<input type="checkbox"/> NON IDONEO	
<input type="checkbox"/> IDONEO	
<input type="checkbox"/> IDONEO A DETERMINATE CONDIZIONI :	
.....	
.....	
.....	
<input type="checkbox"/> DA SOTTOPORRE A NUOVA VISITA MEDICA ENTRO IL :	
DATA:	TIMBRO e FIRMA:
(INOLTARE ALLA DIREZIONE SANITARIA DI SEDE)	

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
PROVVEDE 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