

 <p>I.P.A.B. "Luigi Mariutto"</p>	tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione
	PROCEDURA	S.P.P.	D.G.	02	26-02-18	P 001-10
	titolo documento:					Nome File: P001-10-Rev02.doc
					Pag. 1/17	

# L'INFORTUNIO SUL LAVORO

## PROCEDURA

### **Informazione ai lavoratori**

ai sensi dell'art.36  
del D.Lgs. 9 aprile 2008 n.81

	I.P.A.B. "Luigi Mariutto"		tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione
			PROCEDURA	S.P.P.	D.G.	02	26-02-18	P 001-10
			titolo documento: <b>L'INFORTUNIO SUL LAVORO</b>					Nome File: P001-10-Rev02.doc
								<b>Pag. 2/17</b>

## Definizione

**L'infornunio è l'evento occorso al lavoratore per causa violenta in occasione di lavoro e da cui sia derivata la morte o l'inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni (art. 2 D.P.R. 1124/65).**

Nello specifico, la causa violenta è un fattore esterno nell'ambiente di lavoro che, con azione intensa e concentrata nel tempo, danneggia l'integrità psicofisica del Lavoratore. Essa presenta le seguenti caratteristiche: efficienza, rapidità ed esteriorità. Può essere provocata, per esempio, da sostanze tossiche, sforzi muscolari, microrganismi, virus o parassiti e da condizioni climatiche e microclimatiche.

L'occasione di lavoro comprende tutte le situazioni, comprese quelle ambientali, nelle quali si svolge l'attività lavorativa e nelle quali è imminente il rischio per il Lavoratore. A provocare l'eventuale danno possono essere:

- elementi dell'apparato produttivo aziendale;
- situazioni e fattori propri del Lavoratore (colposi ma non dolosi);
- situazioni ricollegabili all'attività lavorativa.

Non è sufficiente, quindi, che l'evento avvenga durante il lavoro ma che si verifichi **"per il lavoro"**. Deve esistere in sostanza un rapporto anche indiretto di **causa – effetto** tra l'attività lavorativa svolta dall'infornunato e l'incidente che causa l'infornunio.

L'indennizzabilità dell'infornunio presuppone un procedimento di denuncia dell'accaduto da parte del Lavoratore stesso o del Datore di lavoro.

	I.P.A.B. "Luigi Mariutto"		tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione
			PROCEDURA	S.P.P.	D.G.	02	26-02-18	P 001-10
			titolo documento: <b>L'INFORTUNIO SUL LAVORO</b>					Nome File: P001-10-Rev02.doc

## Obblighi del Lavoratore

Il Lavoratore ha l'obbligo di segnalare l'infortunio (art.52 D.P.R. 1124/65) al proprio Datore di Lavoro. Ovvero, in caso di infortunio, anche in itinere, il Lavoratore **deve immediatamente** avvisare o far avvisare il Datore di lavoro o il Preposto alla sicurezza, al fine di:

- essere temporaneamente sostituito come da apposita procedura interna;
- consentire di porre in essere tutte le misure per il ripristino delle condizioni di sicurezza;
- consentire una tempestiva attuazione della presente procedura a tutela del Lavoratore.

La segnalazione è necessaria anche quando l'infortunio è di **lieve entità**.

In base alla gravità dell'infortunio, il Lavoratore può:

- rivolgersi al Medico dell'azienda, se presente nel luogo di lavoro;
- recarsi o farsi accompagnare al Pronto Soccorso nell'Ospedale più vicino;
- rivolgersi al proprio Medico curante.

In ogni caso, occorre spiegare al Medico **come e dove** è avvenuto l'infortunio.

Il medico rilascia un primo certificato in più copie, debitamente firmato, nel quale sono indicati la diagnosi e il numero dei giorni di inabilità temporanea assoluta al lavoro. Una copia deve essere consegnata subito al proprio Datore di lavoro (direttamente o tramite terzi), una copia deve essere conservata in originale dal Lavoratore.

In caso di ricovero, sarà l'Ospedale a inviare direttamente la copia dei certificati all'INAIL e al Datore di Lavoro.

Il Lavoratore è altresì tenuto a far pervenire al Datore di Lavoro i certificati medici, debitamente firmati, attestanti l'inizio, la continuazione e la guarigione dall'infortunio. Se il periodo di assenza supera i 60 gg., il Lavoratore, prima di

	I.P.A.B. "Luigi Mariutto"		tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione	
			PROCEDURA	S.P.P.	D.G.	02	26-02-18	P 001-10	
			titolo documento:					Nome File: P001-10-Rev02.doc	
		<b>L'INFORTUNIO SUL LAVORO</b>					<b>Pag. 4/17</b>		

rientrare regolarmente in servizio, dovrà effettuare la visita da parte del Medico Competente aziendale per la sorveglianza sanitaria.

Nel caso in cui il Lavoratore abbia trascurato di ottemperare all'obbligo predetto di immediata informazione al Datore di Lavoro, non essendo quest'ultimo venuto a conoscenza dell'infortunio, impossibilitato ad effettuare denuncia nei termini previsti, al Lavoratore non verrà corrisposta l'indennità per i giorni antecedenti a quello in cui il Datore di Lavoro ha avuto notizia dell'infortunio.

Dovrà essere sempre redatta da parte del Dirigente o Preposto una relazione dettagliata dell'infortunio, citando gli eventuali testimoni del caso o chi ha raccolto le dichiarazioni dell'infortunato (vedi allegato n. 2).

Il Lavoratore non può abbandonare il proprio posto di lavoro, ma deve essere accompagnato da terzi (ad esclusione del collega in turno, nel caso in cui il turno fosse composto da una/due unità, per evitare la temporanea sospensione dell'assistenza diretta ai residenti) **con l'urgenza dell'evento accaduto**, al più vicino posto di Pronto Soccorso. In questo caso, il Lavoratore deve sempre timbrare l'uscita di "fine turno". La decisione di recarsi al più vicino posto di Pronto Soccorso deve avvenire solo dopo l'intervento di PRIMO SOCCORSO da parte di uno o più componenti della Squadra incaricata interna all'Azienda e solo con l'autorizzazione del Preposto alla Sicurezza presente in turno (ovvero tra una di queste figure: Responsabile di Area, Coordinatore, Referente di Nucleo, Infermiere).

Il Lavoratore deve inoltre:

- compilare e sottoscrivere l'apposito Modulo "RILEVAZIONE INTERNA INFORTUNIO" (**vedi allegato n. 1**), riepilogativo delle modalità di svolgimento dell'evento infortunistico;
- nel caso l'infortunio prevedesse l'esposizione a fattori biologici, il Lavoratore dovrà compilare anche **l'allegato n. 4** relativo alla "RACCOLTA DATI DA

	I.P.A.B. "Luigi Mariutto"		tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione
			PROCEDURA	S.P.P.	D.G.	02	26-02-18	P 001-10
			titolo documento: <b>L'INFORTUNIO SUL LAVORO</b>					Nome File: P001-10-Rev02.doc
								<b>Pag. 5/17</b>

ESPOSIZIONI BIOLOGICHE". Modulo che dovrà essere contro firmato anche dal diretto Responsabile dell'infortunato.

## Obblighi del Datore di Lavoro

Denunciare l'infortunio all'INAIL.

Dopo essere stato informato dell'incidente il Datore di Lavoro ha **due giorni** di tempo per presentare all'INAIL la **denuncia di infortunio**.

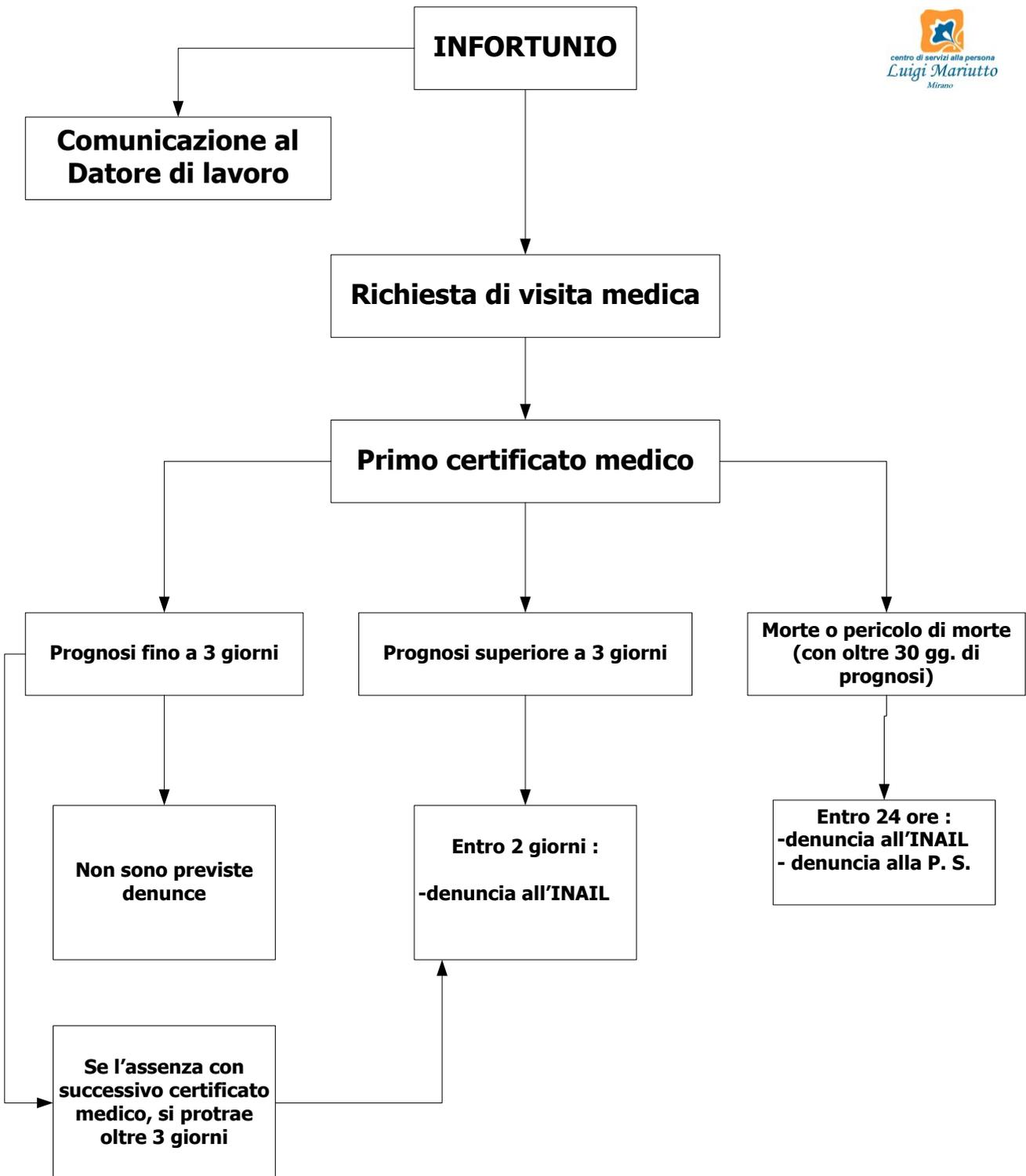
La denuncia deve essere presentata esclusivamente tramite il canale telematico **servizio on-line** del portale [www.inail.it](http://www.inail.it) (<http://www.inail.it/>) per il quale deve essere effettuata l'abilitazione. Soltanto nel caso di malfunzionamento del servizio on-line, dimostrato tramite la copia della schermata in errore, la denuncia di infortunio può essere presentata con modello cartaceo da inviare tramite PEC.

Non c'è obbligo di denuncia all'INAIL quando, in base al certificato medico e alla relativa prognosi, il Lavoratore viene dichiarato **guaribile in tre giorni** oltre a quello dell'evento.

Se il Datore di Lavoro non denuncia l'infortunio all'INAIL, può farlo il Lavoratore inviando all'Istituto (INAIL) il certificato medico.

L'INAIL ha l'obbligo di trasmissione all'autorità di Pubblica Sicurezza delle informazioni relative alle denunce di infortunio in cooperazione applicativa ed esonerando il Datore di Lavoro di tale adempimento. Tale obbligo è relativo agli infortuni mortali o con prognosi superiore a trenta giorni. Nello specifico, l'INAIL mette a disposizione delle autorità di Pubblica Sicurezza i dati relativi alle predette denunce (vedi circolare INAL n. 10 del 21 marzo 2016).

**SCHEMA N.1**



	I.P.A.B. "Luigi Mariutto"		tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione
			PROCEDURA	S.P.P.	D.G.	02	26-02-18	P 001-10
			titolo documento: <b>L'INFORTUNIO SUL LAVORO</b>					Nome File: P001-10-Rev02.doc

## Documentazione Interna di riferimento

**Dovranno essere sempre compilati i seguenti documenti:**

- **Allegato n.1 "Rilevazione Interna Infortunio"**, compilata dal Lavoratore infortunato. E' fondamentale che tale documento venga compilato in modo puntuale e dettagliato in ogni sua parte nel momento in cui si verifica l'infortunio (o il mancato infortunio). Deve essere consegnato al Diretto Responsabile oppure, in sua assenza, ad un suo facenti funzioni;
- **allegato n. 2 "Relazione di infortunio sul lavoro"** è compilato dal diretto Responsabile dell'infortunato possibilmente il giorno stesso dell'infortunio e comunque non oltre le quarantotto ore dopo il sinistro. Gli allegati n. 1 e n. 2 devono essere tempestivamente consegnati o inviati via mail all'Ufficio Risorse Umane, incaricato a mantenere i rapporti con l'INAIL e gli Organi di Pubblica Sicurezza;
- **allegato n. 3 "Rapporto di incidente/infortunio"** è compilato a cura del Servizio Prevenzione e Protezione ed ha la funzione di valutare se l'infortunio poteva essere evitato attraverso l'attuazione di nuove procedure in grado di limitare al minimo il rischio del danno;
- **allegato n. 4 "Raccolta dati esposizioni biologiche"** è da compilarsi da parte del Lavoratore solo nel caso in cui l'infortunio abbia causato un'esposizione biologica all'infortunato.

	I.P.A.B. "Luigi Mariutto"		tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione
			PROCEDURA	S.P.P.	D.G.	02	26-02-18	P 001-10
			titolo documento: <b>L'INFORTUNIO SUL LAVORO</b>					Nome File: P001-10-Rev02.doc
								<b>Pag. 8/17</b>

**ALLEGATO n. 1**

**RILEVAZIONE INTERNA INFORTUNIO  
(DA COMPILARE A CURA DELL'INFORTUNATO)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ MATRICOLA \_\_\_\_\_

PROFILO PROF. LE DI \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_

AREA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO E-MAIL \_\_\_\_\_ RECAPITO TEL. \_\_\_\_\_

- INFORTUNIO SUL LUOGO DI LAVORO  
 INFORTUNIO IN ITINERE

DATA DI INFORTUNIO \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_ TURNO DI SERVIZIO \_\_\_\_\_

AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO ERA PRESENTE IL DIRETTORE/RESP. DI AREA  Presente  Non Presente

AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO ERA PRESENTE IL COORDINATORE  Presente  Non Presente

In caso di assenza al momento dell'evento, è stato successivamente informato il Direttore/Resp. di Area  SI  NO

In caso di assenza al momento dell'evento, è stato successivamente informato il Coordinatore  SI  NO

ORA DI LAVORO IN CUI SI E' VERIFICATO L'INFORTUNIO (ES. PRIMA ORA, SECONDA ORA,...) \_\_\_\_\_

ORARIO DI ABBANDONO DEL LAVORO \_\_\_\_\_ LUOGO PRECISO DELL'INFORTUNIO \_\_\_\_\_

LUOGO IN CUI VENGONO EFFETTUATE LE CURE ALL'INFORTUNATO (ES. Pronto Soccorso, Infermeria dell'Azienda, Studio Medico di base,...)

PERSONE PRESENTI AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE ACCURATA E DETTAGLIATA DELL'INFORTUNIO:

In che modo è avvenuto l'infortunio? \_\_\_\_\_

 <p><b>I.P.A.B. "Luigi Mariutto"</b></p> <p>centro di servizi alla persona <i>Luigi Mariutto</i> Mirano</p>	tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione
	<b>PROCEDURA</b>	<b>S.P.P.</b>	<b>D.G.</b>	<b>02</b>	<b>26-02-18</b>	<b>P 001-10</b>
	titolo documento: <b>L'INFORTUNIO SUL LAVORO</b>					Nome File: P001-10-Rev02.doc <b>Pag. 9/17</b>

---



---



---

**IN PARTICOLARE: DOVE E' AVVENUTO L'INFORTUNIO?** \_\_\_\_\_

---



---

**CHE TIPO DI LAVORAZIONE STAVA SVOLGENDO?** \_\_\_\_\_

---



---

**ERA IL SUO LAVORO CONSUETO?**  SI  NO

**AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO CHE COSA STAVA FACENDO IN PARTICOLARE?** \_\_\_\_\_

---



---

**CHE COSA E' SUCCESSO DI IMPREVISTO PER CUI E' AVVENUTO L'INFORTUNIO?** \_\_\_\_\_

---



---

**IN CONSEGUENZA DI CIO' CHE COSA E' AVVENUTO?** \_\_\_\_\_

---



---

**D. P. I. UTILIZZATI AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO** \_\_\_\_\_

---



---

**SE L'INFORTUNIO E' AVVENUTO PER CADUTA DALL'ALTO, INDICARE L'ALTEZZA DEI METRI** \_\_\_\_\_ (m)

 <p>I.P.A.B. "Luigi Mariutto"</p>	tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione
	PROCEDURA	S.P.P.	D.G.	02	26-02-18	P 001-10
	titolo documento:					Nome File: P001-10-Rev02.doc
<b>L'INFORTUNIO SUL LAVORO</b>						<b>Pag. 10/17</b>

<b>INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO:</b>		
- SONO STATE PRESTATE LE CURE IMMEDIATE DI PRIMO SOCCORSO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- SONO STATE IDENTIFICATE E RIMOSSE LE CAUSE DELL'INFORTUNIO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- E' ESEGUITA LA PROFILASSI IN PRONTO SOCCORSO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

SE L'INFORTUNIO E' AVVENUTO CON MEZZO DI TRASPORTO INDICARE:

TARGA DEL VEICOLO \_\_\_\_\_ ASSICURAZIONE \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AD INFORTUNIO IN ITINERE/MISSIONE**

- infortunio occorso durante il tragitto dall'abitazione del dipendente al luogo in cui deve essere svolta la prestazione lavorativa (o viceversa);
- infortunio occorso durante lo spostamento per recarsi dal luogo di lavoro al luogo in cui deve essere svolta l'attività lavorativa (o viceversa).

**DINAMICA**

Giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_:\_\_\_ luogo: \_\_\_\_\_

- Il dipendente stava percorrendo il tragitto più breve?  SI  NO
- erano state impartite specifiche disposizioni in attuazione delle quali erano consentite interruzioni e/o deviazioni dal normale percorso?  SI  NO
- sono intervenute le forze dell'ordine? (Carabinieri, Polizia,...)?  SI  NO
- erano presenti testimoni?  SI  NO

Data comunicazione infortunio Ufficio (specificare: es. Risorse Umane) \_\_\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Data comunicazione infortunio Ufficio (specificare: es. Coordinatore) \_\_\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Data compilazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

	I.P.A.B. "Luigi Mariutto"		tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione
			PROCEDURA	S.P.P.	D.G.	02	26-02-18	P 001-10
			titolo documento: <b>L'INFORTUNIO SUL LAVORO</b>					Nome File: P001-10-Rev02.doc

**ALLEGATO n. 2**

**RELAZIONE DI INFORTUNIO SUL LAVORO  
(DA COMPILARE A CURA DEL DIRETTO RESPONSABILE DELL'INFORTUNATO  
POSSIBILMENTE IL GIORNO STESSO DELL'INFORTUNIO, COMUNQUE NON OLTRE LE  
QUARANTOTTO ORE DAL SINISTRO)**

INFORTUNATO \_\_\_\_\_ MATRICOLA \_\_\_\_\_

RESIDENZA/AREA \_\_\_\_\_ NUCLEO/UFFICIO \_\_\_\_\_

PROFILO \_\_\_\_\_

DATA INFORTUNIO \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

LUOGO INFORTUNIO (ZONA SPECIFICA) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INFORTUNIO SUL POSTO DI LAVORO

IL LAVORO SVOLTO DALL'INFORTUNATO ERA QUELLO ABITUALE?

SI     NO

DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO (specificare come è successo: quale fase di lavoro stava eseguendo, quali impianti/attrezzature/macchine/ mezzi di sollevamento/ materiali sono stati coinvolti, ecc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IPOTESI SULLE CAUSE DELL'INFORTUNIO**

- Carenza procedurale.
- Mancato rispetto procedure.
- Comportamento imprudente dell'infortunato.
- Carenza formativa.
- Mancato rispetto informativa DPI.
- Problemi nell'organizzazione del lavoro.
- Situazione non prevedibile.
- Utilizzo di attrezzature inadeguate o difettose.
- Condizioni psico – fisiche dell'infortunato.

 <p>I.P.A.B. "Luigi Mariutto"</p>	tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione
	PROCEDURA	S.P.P.	D.G.	02	26-02-18	P 001-10
	titolo documento:					Nome File: P001-10-Rev02.doc
<b>L'INFORTUNIO SUL LAVORO</b>						<b>Pag. 12/17</b>

- Manutenzione non sufficiente.
- Condizioni di microclima.
- Sottovalutazione del pericolo macchine ed impianti.
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**L'INFORTUNATO HA ABBANDONATO IL POSTO DI LAVORO?**

- SI ALLE ORE \_\_\_\_\_
- NO

**L'INFORTUNATO UTILIZZAVA I D.P.I. NECESSARI E PREVISTI?**

- SI: ELENCARE I D. P. I. \_\_\_\_\_
- NO: ELENCARE QUALI D.P.I. AVREBBE DOVUTO UTILIZZARE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PERSONE COINVOLTE: \_\_\_\_\_

PERSONE PRESENTI: \_\_\_\_\_

<b>INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO:</b>		
- SONO STATE PRESTATE LE CURE IMMEDIATE DI PRIMO SOCCORSO (decontaminazione ferita, ecc.)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- SONO STATE IDENTIFICATE E RIMOSSE LE CAUSE DELL'INFORTUNIO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- E' ESEGUITA LA PROFILASSI IN PRONTO SOCCORSO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

- INFORTUNIO IN ITINERE
- INFORTUNIO IN MISSIONE

- Infortunio occorso durante il tragitto dall'abitazione del dipendente al luogo in cui deve essere svolta la prestazione lavorativa (o viceversa);
- Infortunio occorso durante lo spostamento per recarsi dal luogo di lavoro al luogo in cui deve essere svolta l'attività lavorativa (o viceversa);

	I.P.A.B. "Luigi Mariutto"		tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione
			PROCEDURA	S.P.P.	D.G.	02	26-02-18	P 001-10
	titolo documento: <b>L'INFORTUNIO SUL LAVORO</b>							Nome File: P001-10-Rev02.doc

**DINAMICA**

**Giorno** \_\_\_\_\_ **Ore** \_\_\_\_\_ **Luogo** \_\_\_\_\_

- Il dipendente stava percorrendo il tragitto più breve?  SI     NO

- erano state impartite specifiche disposizioni in attuazione delle quali erano consentite interruzioni e/o deviazioni dal normale percorso?  SI     NO

- sono intervenute le forze dell'ordine? (Carabinieri, Polizia,...)?  SI     NO

- erano presenti testimoni?     SI     NO    (Specificare) \_\_\_\_\_

Eventuali ulteriori osservazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cognome e Nome Dirigente Delegato/Preposto** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

RSPP     SI CONCORDA

NON SI CONCORDA

**Note:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 <p>I.P.A.B. "Luigi Mariutto"</p>	tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione
	PROCEDURA	S.P.P.	D.G.	02	26-02-18	P 001-10
	titolo documento:					Nome File: P001-10-Rev02.doc
						Pag. 14/17

**ALLEGATO n. 3**

**RAPPORTO DI INCIDENTE/INFORTUNIO  
(DA COMPILARE A CURA DEL  
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE)**

Cognome e Nome:	Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Qualifica:	Posizione Organizzativa:
Nucleo/ufficio di appartenenza:	Luogo dell'evento:	Data Infortunio:
		Alle Ore:
Persone Presenti:		
Dinamica dettagliata dell'incidente e/o infortunio:		
DPI previsti:	DPI utilizzati:	

CRITICITA' INDIVIDUATE			
CARENZE PERSONALI		CARENZE FUNZIONALI	
Mancato uso DPI		Progettazione	
Uso non corretto di attrezzature		Macchine e attrezzature	
Sottovalutazione del pericolo		Sostanze	
Inosservanza procedure		Carenza di procedure	
Carenza di informazione		Fattori organizzativi	
Fretta		Stato dei luoghi	
Altro		Altro	

	I.P.A.B. "Luigi Mariutto"		tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione
			PROCEDURA	S.P.P.	D.G.	02	26-02-18	P 001-10
			titolo documento: <b>L'INFORTUNIO SUL LAVORO</b>					Nome File: P001-10-Rev02.doc
								<b>Pag. 15/17</b>

<b>PROVVEDIMENTI ADOTTATI</b>

**Luogo / data** \_\_\_\_\_

**Compilatore** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**ALLEGATO n. 4**

**RACCOLTA DATI ESPOSIZIONI BIOLOGICHE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Luogo e data di Nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ Anni di Servizio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Luogo Infortunio \_\_\_\_\_ Giorno Infortunio \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ora Infortunio \_\_\_\_:\_\_\_\_

Data abbandono del Servizio \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ore: \_\_\_\_: \_\_\_\_

Tipo di esposizione:	<input type="checkbox"/> Puntura Accidentale	<input type="checkbox"/> Contatto mucose con materiale biologico
	<input type="checkbox"/> Contatto cutaneo con materiale biologico	<input type="checkbox"/> Ferita/lesione da attrezzatura sanitaria
	<input type="checkbox"/> Contatto cute e mucose con materiale biologico	<input type="checkbox"/> Altro

Sede del contatto:	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Avambraccio	<input type="checkbox"/> Volto	<input type="checkbox"/> Congiuntiva	<input type="checkbox"/> Mucosa orale	<input type="checkbox"/> Altro: _____
Stato della cute:	<input type="checkbox"/> Cute integra	<input type="checkbox"/> Cute non integra				

Dispositivo/materiale:	<input type="checkbox"/> Ago Cavo	<input type="checkbox"/> CVC (catetere venoso centrale)	<input type="checkbox"/> bisturi
	<input type="checkbox"/> Ago butterfly	<input type="checkbox"/> CVP (catetere venoso periferico)	
	<input type="checkbox"/> Altro: _____		

Materiale/liquido Biologico:	<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> Urina	<input type="checkbox"/> Feci	<input type="checkbox"/> Saliva	<input type="checkbox"/> Vomito
	<input type="checkbox"/> Altro: _____				

 <p>I.P.A.B. "Luigi Mariutto"</p>	tipo documento.:	Elab. da	Verif. e approv. da	Rev.	Del	cod. identificazione
	PROCEDURA	S.P.P.	D.G.	02	26-02-18	P 001-10
	titolo documento:					Nome File: P001-10-Rev02.doc
<b>L'INFORTUNIO SUL LAVORO</b>						<b>Pag. 17/17</b>

Come è avvenuta l'esposizione:

<input type="checkbox"/> Durante lo smaltimento di un ago/siringa usato/a	<input type="checkbox"/> Durante la gestione di un CVC
<input type="checkbox"/> Mentre re incappucciava un ago	<input type="checkbox"/> Durante l'esecuzione di un Stick glicemico
<input type="checkbox"/> Mentre posizionava/sfilava un batterfly	<input type="checkbox"/> Durante la gestione di un catetere vescicale
<input type="checkbox"/> Mentre posizionava/rimuoveva un CVP	<input type="checkbox"/> Durante l'igiene personale del Residente
<input type="checkbox"/> Durante l'utilizzo/lavaggio di attrezzature sanitarie	<input type="checkbox"/> Durante la gestione della medicazione
<input type="checkbox"/> Altro: _____	

Luogo dell'esposizione:

<input type="checkbox"/> Stanza Residente	<input type="checkbox"/> Corridoio	<input type="checkbox"/> Ambulatorio Medico	<input type="checkbox"/> Sala Da Pranzo	<input type="checkbox"/> Soggiorno
<input type="checkbox"/> Altro: _____				

Vaccinazione Epatite B:

<input type="checkbox"/> Vaccinato	<input type="checkbox"/> Non vaccinato
------------------------------------	--

Utilizzava i DPI (dispositivi di protezione individuali):

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO perché non disponibili	<input type="checkbox"/> NO per dimenticanza
-----------------------------	--	--

**Fonte di trasmissione per**    Ignota (\_\_\_)    HBV (\_\_\_)    HCV (\_\_\_)    HIV (\_\_\_)

Presenza di altri fattori di rischio: \_\_\_\_\_

**Firma Dipendente**

**Firma Coordinatore di Residenza**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_