

	<b>Segnalazione di infortunio</b>	<b>DS 08</b>
		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: .....	
<b>TIPO DI AGO PUNGENTE :</b>  <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: .....  parte anatomica interessata: .....	<b>TIPO DI OGGETTO TAGLIENTE:</b>  <input type="checkbox"/> forbici <input type="checkbox"/> bisturi <input type="checkbox"/> altro oggetto tagliente: .....  parte anatomica interessata: .....

**PARTE SECONDA**

<b>Tipologia di materiale biologico contaminante:</b>  <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: .....	<b>Contaminazione cute:</b> area interessata: .....  <b>Contaminazione mucose:</b> <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** \_\_\_\_\_